# REVUE DES JOURNAUX

### LE PROGRÈS MÉDICAL
### (Paris)

M[lle] **E. Cottin.** ***La boule prémalléolaire de Duvernay. Une forme de cellulite spéciale à la femme*** (*Le Progrès médical*, t. 66, n° 36, 3 Septembre 1938, p. 1203-1204). — Il s'agit d'une enflure très localisée siégeant à la région prémalléolaire externe des deux côtés, s'étendant quelquefois à la région rétro-malléolaire. De la grosseur d'une noix, mais pouvant atteindre jusqu'à celle d'un œuf de poule, elle augmente sous l'influence de la fatigue et disparaît avec le repos. Indolore, la boule prémalléolaire ne gène pas les mouvements du cou-de-pied, mais déforme la cheville. Ce n'est pas une affection grave, son importance relève surtout du rôle qu'elle joue dans l'esthétique féminine.

Il ne s'agit pas d'œdème localisé, le doigt n'y laisse pas son empreinte. La pression la fait étaler à la façon d'un kyste synovial, mais il n'y a pas de fluctuation. La bourse séreuse n'est pas en cause, il ne s'agit pas d'une hernie synoviale, d'une synovite ni d'un lipome.

La présence de cette cellulite symétrique du cou-de-pied uniquement chez la femme, et chez la femme du monde presque exclusivement, fait penser que le port de souliers à talon haut est le facteur principal de sa production. L'abandon du soulier à talon haut et l'application d'une bande de caoutchouc au niveau du cou-de-pied a fait disparaître toute trace de cellulite et a supprimé toute trace de lassitude disproportionnée avec l'importance des marches. Aucun doute ne subsiste donc sur l'origine de ces boules de cellulite. Quatre fois seulement on a pu constater la coexistence de troubles hépatiques et gastriques.

Robert Clément.

### ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
### (Paris)

**Touraine** et **Duperrat.** ***Les angiomes, tumeurs évolutives*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 9, n° 7, Juillet 1938, p. 545-568). — L'étiologie des angiomes paraît commandée par un double facteur : inflammatoire, local et constitutionnel, général. Selon la prédominance d'un facteur, on peut reconnaître trois groupes d'angiomes : angiomes à facteur inflammatoire local prédominant, angiomes mixtes, angiomes à facteur constitutionnel, dysembryoplasique prédominant.

Les *angiomes à prédominance structurale inflammatoire* sont surtout symptomatiques d'une affection locale antérieure : ils sont donc localisés ou régionaux, passagers quand ils sont corollaires de cette affection, définitifs quand ils apparaissent comme des séquelles.

Les *angiomes à prédominance constitutionnelle* cause générale ou locale : ils débutent plus ou moins tard dans la vie et sont assez fréquemment susceptibles de disparaître.

Les *angiomes à prédominance constitutionnelle* sont presque toujours congénitaux, parfois héréditaires et familiaux; on note une systématisation de l'angiome ou l'existence de lésions associées; celles-ci peuvent être locales, au sein même de l'angiome, ou à distance, réalisant un syndrome complexe qui traduit un trouble plus général du développement.

Les angiomes ont une vie propre, due à leur lésion essentielle, qui est une hyperplasie du mésenchyme et du système réticulo-endothélial; celui-ci retrouve ses multiples potentiels évolutifs embryonnaires : réticulo-formateur, angio-formateur et, accessoirement, fibro-, lipo-formateur, voire même hématopoiétique.

Ce sont les troubles de cette hyperplasie cellulaire qui provoquent l'apparition de l'angiome, son développement, ses lésions associées, sa persistance, sa disparition ou ses récidives, son extension et même sa malignité. L'hyperplasie vasculaire suit, la plus souvent, le sort de l'hyperplasie cellulaire dont elle ne paraît être que la suite.

Les angiomes doivent donc être considérés comme des tumeurs évolutives. R. Burnier.

**Gaté** et **Michel.** ***La tuberculose vulvaire*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 9, n° 8, Août 1938, p. 658-676). — A propos de 2 observations personnelles, G. et M. étudient les lésions tuberculeuses de la vulve qui siègent surtout sur les grandes et petites lèvres, parfois le clitoris; elles sont uni ou bilatérales.

La tuberculose vulvaire peut être *primitive* et représenter la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse, ou *secondaire*, chez des tuberculeux authentiques (pulmonaires, intestinaux, rectaux, génitaux, gangl'onnaires).

Le bacille de Koch peut atteindre la vulve par *voie exogène* (linges, pessaires, canules, traumatismes, masturbation, coït, le sperme de sujets atteints de tuberculose génitale et renfermant des bacilles de Koch peut inoculer la vulve de la partenaire) ou bien par *voie endogène* hématogène, métastatique, secondaire à une lésion tuberculeuse viscérale latente.

La tuberculose vulvaire peut se présenter sous divers *aspects cliniques:* la forme ulcéreuse, ulcéro-hypertrophique, hypertrophique pure, la forme profonde avec fistules et abcès, la forme superficielle, le lupus de la vulve.

Cette tuberculose vulvaire, à laquelle on ne pense pas assez en clinique, peut être confondue avec une ulcération chancrelleuse, une maladie de Nicolas-Favre; elle peut en effet simuler les infections vénériennes les plus authentiques et s'associer peut-être à certaines d'entre elles; elle est susceptible, dans certains cas, de résulter elle-même d'une véritable contamination vénérienne.

R. Burnier.

### GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE
### (Paris)

**Cotte** et **Magnin.** ***Les grossesses consécutives aux myomectomies*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 1, Juillet 1938, p. 5). — C., en réponse à un questionnaire adressé aux femmes opérées par lui de myomectomies, a reçu 59 réponses. Il a dû en rejeter 20 parce qu'elles concernaient des femmes qui ne pouvaient pas être enceintes. Sur les 39 suivantes, 6 avaient des lésions tubaires qui ont nécessité d'autres opérations telles qu'une fécondation était peu vraisemblable. Restent 33 femmes, dont 10 sont devenues enceintes : 2 ont avorté, 5 ont eu un enfant, 2 en ont eu 2, 1 en a eu 3. Aucune dystonie, aucune rupture utérine. Les femmes fécondées étaient parmi les plus jeunes. On peut supposer que, parmi les inféconds, il y a eu des stérilités volontaires non avouées. On peut supposer, aussi, que certaines femmes n'ont pas dit leur dernier mot. En tout cas, sur 33 femmes fécondables, 10 (soit 30 pour 100) ont été fécondées.

Henri Vignes.

**N. P. Verhatzky.** ***Stérilisation hormonale opératoire des femelles*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 1, Juillet 1938, p. 45). — Si le problème de l'influence exercée par les ovaires sur l'organisme féminin tout entier et sur la sphère sexuelle est déjà bien débrouillé, celui du rôle joué par l'utérus sur le fonctionnement ovarien se trouve encore en discussion. Anatomiquement, certains n'ont trouvé aucune altération des ovaires, après extirpation de l'utérus; d'autres ont, par contre, décrit des dégénérescences. A côté de ces recherches morphologiques, on a essayé de trouver une épreuve fonctionnelle pour pouvoir juger de la fonction des ovaires après hystérectomie; aussi a-t-on étudié l'évolution du cycle vaginal des souris soumises à une extirpation de l'utérus par la méthode d'Allen et Doisy. Là encore les résultats ont été contradictoires. Mais, au total, il semble bien que le trouble ovarien soit réel.

On s'est demandé s'il est causé par l'absence de l'utérus en tant qu'organe à sécrétion interne ou bien s'il découle de l'intervention elle-même et de la perturbation des connexions vasculo-nerveuses entre utérus et ovaires.

V. a étudié la question au moyen de rates à cycle vaginal normal, qui furent divisées en 4 groupes : *a*) 10 rates auxquelles on a pratiqué une extirpation totale des deux cornes; *b*) 6 rates soumises à une interruption des rapports vasculaires et nerveux entre les cornes de l'utérus et les ovaires; *c*) 10 rates à qui l'on pratiqua l'extirpation totale des deux cornes de l'utérus et simultanément une autotransplantation de fragments d'endomètre; *d*) 6 rates servant de témoins.

Les animaux du premier groupe n'ont présenté une évolution normale ou subnormale du cycle œstral que pendant les deux premiers mois après l'hystérectomie et, dès le troisième, le cycle œstral devint anormal et de plus en plus anormal jusqu'à disparaître. L'hystérectomie avait donc graduellement amené l'ovaire à un état de dégénérescence et d'atrophie.

Le second groupe d'expériences (interruption des connexions vasculo-nerveuses entre cornes et ovaires) démontre que, dans des conditions décrites, le cycle œstral reste sans graves changements onze mois après l'intervention. Donc, la dégénérescence et l'atrophie ovarienne survenant après hystérectomie dépendent, non pas de l'intervention des rapports vasculo-nerveux entre l'utérus et les ovaires, mais de la cessation de l'influence exercée par l'endomètre en tant qu'organe à sécrétion interne.

Enfin, dans les expériences où l'on a réalisé des transplantations de l'endomètre en même temps que l'hystérectomie, le cycle œstral restait normal durant huit à neuf mois, tout au moins dans les cas où le transplant de l'endomètre survivait. Par contre, si le transplant vient à se résorber ou à suppurer, le cycle œstral et les ovaires présentaient les mêmes altérations que dans les expériences du premier groupe (hystérectomie sans autotransplantation).

Une deuxième série d'expérience sur des lapines et des chiennes confirma ces résultats.

Henri Vignes.

**Kroupsky.** ***Stérilisation hormonale opératoire des femelles*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 1, Juillet 1938, p. 56-63). — La stérilisation hormonale est l'état d'une femelle dont les ovules cessent de mûrir ou cessent d'être fécondables sous l'action d'une hormone introduite dans l'organisme. Haberlandt, le premier, l'a réalisée avec l'hormone


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
AIGUES ou CHRONIQUES
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
MÉDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Ephédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & RÉMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS : 127, Bd St Michel — Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

du corps jaune; — d'autres, ensuite, avec des extraits placentaires, hypophysaires, folliculaires, pancréatiques; — d'autres, enfin, en utilisant l'effet exercé par la glande génitale du sexe opposé. K., lui, s'est proposé de créer, par moyen hormonal, dans l'organisme féminin, des substances aptes à inhiber le spermatozoïde arrivé dans les voies génitales de la femelle.

Pour cela, il est parti de l'idée que l'ascension du spermatozoïde en direction de l'ovaire est liée à une chimiotaxie, conditionnée elle-même par les hormones ovariennes, et que si l'on crée, à la partie basse des voies génitales, une source d'hormones ovariennes, celles-ci « charmeront » les spermatozoïdes et les retiendront loin de l'ovule.

Il a réalisé, par une expérience ingénieuse, la transplantation d'un ovaire dans le vagin aux fins de voir si l'ovaire resté *in situ* pourrait fournir des ovules fécondés. Or, les expériences ont été nettement favorables à son idée directrice: les spermatozoïdes sont restés dans le vagin sous l'influence de l'ovaire transplanté.

Henri Vignes.

**N. P. Verhatzky.** ***Autotransplantation de l'endomètre comme méthode servant à conserver la fonction menstruelle ovarienne après hystérectomie*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 2, Août 1938, p. 122). — Certains faits démontrent que l'hystérectomie est responsable de bien des troubles que l'on considérait généralement comme provenant exclusivement de l'extirpation des ovaires. Tuffier, Aschner ont observé, chez plus de la moitié des malades ayant subi une extirpation de l'utérus avec conservation des annexes, des phénomènes généraux pour lesquels on ne peut incriminer l'anovarie. En conséquence, beaucoup de gynécologues tâchent, en pratiquant une amputation supravaginale de l'utérus, de garder au moins une partie du segment inférieur de l'organe avec assez de muqueuse pour produire des hémorragies menstruelles périodiques. Dans les cas de fibromyomes, on n'y réussit pas toujours, car les nodosités siègent, souvent, justement dans le segment inférieur de l'utérus. Pour des cas pareils, quelques cliniciens ont préconisé une auto-transplantation de lambeaux de l'endomètre dans la paroi du canal cervical ou — s'il s'agit d'extirpation de l'utérus — dans la paroi vaginale. Cette auto-transplantation de l'endomètre pour conservation de la fonction menstruelle chez des femmes soumises à l'hystérectomie a été pratiquée avec succès la première fois, par H. Schmid en 1929. V. l'a souvent réalisée. Il a transplanté l'endomètre toujours dans la paroi du canal cervical. Pour le faire, il a eu recours à la méthode d'autotransplantation d'un lambeau à pédicule. Il n'a jamais laissé de muqueuse corporéale. Huit fois l'amputation fut faite au niveau de l'orifice et, dans trois cas, un peu au-dessous de celui-ci. L'effet thérapeutique, pris dans le sens de conservation de la menstruation, fut bon chez 9 des 11 malades. La menstruation fut régulière chez toutes ces femmes. V. croit possible de recommander l'autotransplantation de l'endomètre, exécutée selon sa technique, dans les amputations supravaginales de l'utérus chez de jeunes femmes atteintes de fibromyomes.

Henri Vignes.

### REVUE D'IMMUNOLOGIE
### (Paris)

**Monnier et Lebasque.** ***Les résultats de la vaccination du cheval contre le tétanos, dans l'armée, par l'anatoxine de Ramon*** (*Revue d'Immunologie*, t. 4, n° 5, Septembre 1938, p. 405-410). — La vaccination du cheval par 3 injections d'anatoxine antitétanique peut maintenant être jugée avec un recul de 6 années. Une moyenne annuelle de 22.000 chevaux vaccinés a pu être observée pendant cette durée. Ces animaux, en cas de blessures, n'ont reçu aucune injection préventive de sérum, contrairement aux non-vaccinés. Si l'on ramène la statistique générale de ces derniers au chiffre des vaccinés, on constate que pour 22.000 chevaux non vaccinés on aurait dû compter 59 cas de tétanos, entraînant 41 pertes. Or, sur le même nombre de vaccinés on n'a observé qu'un seul cas de tétanos, non mortel.

La valeur de la méthode est donc prouvée d'une manière éclatante, d'autant plus que le cheval est un animal très sensible à cette infection et que l'expérience a pu être menée sur une grande échelle avec toutes les garanties de contrôle désirables.

J. Brétey.

**V. de Lavergne et P. Kissel.** ***L'infection ourlienne, expérimentale et humaine*** (*Revue d'Immunologie*, t. 4, n° 5, Septembre 1938, p. 411-431). — L'agent des oreillons était autrefois considéré comme un virus qui possédait une affinité exclusive pour le tissu glandulaire (glandes salivaires, génitales, pancréatique) et les troubles nerveux dont on constatait l'apparition n'étaient que des phénomènes de second ordre. A cette conception s'oppose celle que les travaux modernes permettent d'établir. Les oreillons sont dus à un virus neurotrope et ce sont les lésions glandulaires qui sont secondaires. En utilisant l'injection intra-méningée au lapin, du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de méningite ourlienne, L. et K. ont constaté l'apparition d'une réaction à lymphocytes, avec lésions des méninges et, dans environ la moitié des cas, de lésions typiques de névraxite. Ils ont alors recherché si le liquide céphalo-rachidien n'est pas pathogène en dehors de toute atteinte méningée, ou chez des sujets ayant vécu au contact de malades et qui se trouvent à la fin de la période d'incubation. Il a été possible de mettre constamment le virus en évidence chaque fois que la lymphocytose dépassait 3 éléments par millimètre cube. On peut donc dire que l'infection méningée existe dès la fin de la période d'incubation, précédant la parotidite et pouvant évoluer dans bien des cas de façon tout à fait inapparente.

J. Brétey.

### ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES
### (Paris)

**E. Vigliani.** ***Les méthodes nouvelles de dépistage du saturnisme : le métabolisme des porphyrines et l'examen spectrographique du sang*** (*Archives des maladies professionnelles*, t. 1, n° 3, Juillet-Août 1938, p. 185-199). — Deux moyens de diagnostic précoce du saturnisme ont acquis récemment une grande importance:

La détermination du métabolisme des porphyrines;

La démonstration et le dosage du plomb dans l'organisme et en particulier dans le sang.

Les porphyrines, dont il existe plusieurs variétés, sont, comme l'hémine et la chlorophylle, chimiquement constituées de quatre anneaux pyrroliques réunis par des ponts métiniques. Deux seulement sont intéressantes au point de vue du saturnisme: la coproporphyrine et la protoporphyrine, la première surtout qui se trouve dans l'urine. La méthode de Fischer, simple et rapide, permet d'en faire le dosage quantitatif; on prélève 50 $cm^3$ de l'urine de 24 heures, on l'acidifie avec un peu d'acide acétique dans une ampoule à décantation, puis on agite énergiquement avec 80-100 $cm^3$ d'éther sulfurique. Les porphyrines passent dans l'éther; on jette l'urine et, après avoir lavé 4 ou 5 fois l'éther avec un peu d'eau, on l'agite avec 3-4 $cm^3$ de HCl à 5 pour 100. Les porphyrines passent alors dans l'acide chlorhydrique auquel elles donnent une coloration rouge-violette très caractéristique. On mesure exactement leur quantité avec un spectroscope comparateur ou bien on détermine l'intensité de leur fluorescence à la lumière ultra-violette à l'aide du photomètre.

L'urine des sujets normaux contient des quantités minimes de coproporphyrine, allant de 1 à 5 centièmes de *mg.* dans l'urine de 24 heures; par contre, dans l'intoxication saturnine, la proportion augmente sensiblement, elle est de 1, 2 et même 3 et plus *mg.* dans les 24 heures, chiffres qui sont 100 fois plus élevés que les taux normaux. Dans aucune maladie, sauf la porphyrie idiopathique, on ne constate une élimination aussi intense. La coproporphyrinurie apparaît précocement, elle peut persister plusieurs mois après suppression de tout contact avec le toxique. Son importance est donc de premier ordre pour le diagnostic du saturnisme au point de vue soit préventif, soit clinique, soit médico-légal.

Le *dosage du plomb* dans l'urine, et surtout dans le sang, est d'un intérêt évident pour déceler l'intoxication saturnine; malheureusement la technique en est très délicate par les méthodes microchimiques jusqu'ici employées. B. propose l'analyse spectrographique qui présente d'importants avantages: possibilité de procéder sur de petites quantités de sang, rapidité d'analyse, objectivité et exactitude de la méthode.

L'analyse spectrographique d'émission consiste à exciter un échantillon de la substance à examiner à l'aide d'un arc ou d'une étincelle de haute fréquence, de façon qu'une lumière soit émise, et à analyser la composition spectrale de cette lumière, dans la région ultra-violette du spectre, à l'aide d'un spectrographe de quartz. Chaque élément simple émettant en brûlant un spectre à raies caractéristiques, la présence sur la plaque spectrographique des raies qui appartiennent au spectre d'un élément indique, sans possibilité d'erreur, que cet élément est contenu dans l'échantillon examiné.

Sur ce principe est basée la technique de Vigliani. Cette méthode est extrêmement sensible, elle permet de reconnaître la présence de plomb à la dose de 5 décimillièmes de *mg.* Le dosage est effectué par la méthode de Gerlach dont voici le principe: on ajoute au sang une substance de contrôle en quantité connue et, en confrontant les plaques et les courbes d'étalonnage, on peut doser avec exactitude la quantité de l'élément en cause. Dans ce but on cherche, pour chaque élément, un autre élément qui ne soit pas contenu préalablement dans l'échantillon à examiner et dont les raies spectrales soient bien isolées et voisines de celles de l'élément à doser. V. se sert du molybdène comme élément de contrôle. Cette méthode ne nécessite qu'une très petite quantité de sang; elle est très rapide; de plus, le sang peut être conservé pour l'analyse dans des tubes fermés à la flamme, ce qui permet l'envoi dans les laboratoires.

André Feil.

### REVUE NEUROLOGIQUE
### (Paris)

**J. De Busscher, H.-J. Scherer et F. Thomas.** ***La méningite à torula*** (*Revue neurologique*, t. 70, n° 2, Août 1938, p. 149-169). — Il existe actuellement une cinquantaine d'observations d'infections du système nerveux central par la Torula. La Torula est une pseudo-levure, caractérisée par l'absence de mycélium et de spores, dont la multiplication se fait par bourgeonnement. Ces organismes sont des corps ronds, hyalins, biréfringents, d'un diamètre de 1 à 50 microns, avec ou sans capsules, prenant surtout les colorants basiques.

B., S. et T. rapportent l'histoire d'une jeune femme de 28 ans, épileptique dès l'enfance, souffrant de céphalées frontales, d'asthénie, d'aménorrhée depuis Décembre 1935. De Janvier 1934 jusqu'à sa mort elle présenta surtout de la somnolence

diurne contrastant avec l'agrypnie, de l'agitation même délirante la nuit.

Elle présentait en outre des symptômes d'ordre infectieux : état subfébrile, anorexie, troubles psychiques, amaigrissement, atteinte des nerfs craniens (VIIe et VIIIe paires), une leucocytose (11.700) avec polynucléose (78 pour 100). Il existait également un syndrome d'hypertension intracranienne constitué par les céphalées, les vomissements, la stase papillaire, et une atrophie optique d'apparition assez précoce. La rachicentèse montrait une hypertension céphalo-rachidienne importante (65 en position couchée), avec réaction albumino-cytologique du liquide (70 éléments à prédominance lymphocytaire, et 0 g. 58 d'albumine).

L'affection évolua lentement vers la cachexie. Quelque temps avant la mort, la malade présenta une poussée méningée transitoire suivie de symptômes d'infection urinaire. Des frissons, de la confusion mentale, de l'incontinence sphinctérienne, une parotidite gauche suppurée accompagnèrent la phase terminale.

L'examen macroscopique des centres nerveux montrait une méningite chronique basilaire très discrète avec atrophie papillaire, une endocardite mitrale verruqueuse, une pyélite discrète bilatérale, une parotidite gauche.

L'examen histologique montrait une réaction méningée lympho-plasmocytaire discrète avec des amas de parasites. La substance cérébrale, relativement peu atteinte, présente une infiltration inflammatoire discrète périvasculaire des couches superficielles de l'encéphale, ainsi que dans les ganglions centraux et un des pédoncules cérébraux. Le parenchyme nerveux contenait des parasites.

H. Schaeffer.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**Jeanneney.** ***L'organisation de la transfusion du sang au cours de la guerre d'Espagne. (Transfusion de sang conservé)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 34, 21 Août 1938, p. 502-508]. — La guerre d'Espagne a confirmé en tous points la manière de voir de J. et a montré tout l'intérêt pratique que présentait la transfusion du sang conservé. Ce procédé simple de transfusion a été adopté dans les camps.

En Espagne nationaliste, le service de transfusion de sang conservé aux armées comprend 14 centres installés dans des villes dont les habitants sont assez nombreux pour que soit assuré le recrutement de donneurs et assez proches du front pour en faciliter la répartition. Le sang est stabilisé par l'emploi d'un liquide conservateur et gardé ensuite à basse température jusqu'à usage. Des précautions doivent être prises quant à la pureté des produits à employer, la bi-distillation de l'eau, le nettoyage des flacons, etc. Jusqu'en Juin 1938, près de 400 litres de sang ainsi préparés ont permis plus de 1.000 transfusions. Transporté par voie ferrée ou par route, dans des boîtes isothermes, jusqu'à 350 km., le sang est transfusé par un procédé direct ou indirect. Les résultats ont été parfaits, semblables à ceux que donne le sang pur et frais. On n'a signalé que 8 accidents légers et 1 grave, sans conséquence fatale. Chez un malade, on a injecté 2.900 $cm^3$ en 43 heures.

En Espagne gouvernementale, la récolte du sang a été surtout faite à Barcelone sur plus de 4.500 donneurs. Le sang recueilli à jeun est mélangé à 10 pour 100 avec une solution de citrate de soude à 4 pour 100. En même temps que les matras étiquetés sont mis à la glacière, un prélèvement portant le même numéro est mis à l'étuve. Au bout de 24 heures, on vérifie la stérilité des flacons et on procède à la filtration du sang.

Pour que la transfusion puisse se faire en n'importe quel lieu, par n'importe quel technicien sanitaire, on a adopté un tube auto-injectable, de maniement facile qui, soudé à la lampe, comprend deux compartiments, le sang étant immobilisé dans l'inférieur, tandis que dans le supérieur se trouve de l'air comprimé.

Aucun accident sérieux n'a été relevé sur plusieurs centaines de transfusions.

Robert Clément.

**J. Dubarry** et **G. Frapin.** ***L'histaminothérapie à faibles doses dans les ulcères gastro-intestinaux. (Résultats après dix-huit mois d'essais et 42 observations)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 59, n° 34, 21 Août 1938, p. 508-511]. — Le traitement a été fait par des séries de 10 injections sous-cutanées quotidiennes de 1/10 de mg. d'histamine dans 1 à 2 $cm^3$ de sérum physiologique. Chez les premiers malades, on a espacé les séries de 10 à 20 jours; actuellement, on fait 2 séries de 10 injections séparées par 10 jours d'intervalle, puis 2 séries annuelles aux époques de reprise habituelle des poussées ulcéreuses, au printemps et à l'automne tout particulièrement. A ce traitement, on a associé le plus souvent bismuth, belladone et collargol. Cependant, chez plusieurs malades l'histamine a été employée seule. Le régime alimentaire était large.

Tous les ulcéreux simples chez lesquels l'histamine a été efficace ont vu cesser leurs périodes douloureuses entre la première et la quatrième injection, quel que soit le moment de la poussée où le traitement était institué.

Deux malades ont eu une reprise de leurs douleurs; un nouveau traitement a eu un effet aussi radical que la première fois. Il faut se garder de parler de guérison de l'ulcère; ce que l'on a obtenu presque toujours, et c'est fort intéressant, c'est l'arrêt dans les 3 jours des poussées douloureuses et l'éloignement du retour de nouvelles poussées. Cette action antalgique n'a manqué que dans 3 cas.

Chez un malade présentant une niche volumineuse de la petite courbure, toute lésion radiologique avait disparu à un second examen fait au bout de 42 jours, après 20 injections d'histamine.

L'injection d'histamine est, peut-être, légèrement douloureuse; trop superficielle, elle donne souvent un placard rouge. Au début du traitement, on a eu deux hématémèses, dans 2 cas d'ulcère calleux. Chez 3 malades, il y eut des troubles de la tension artérielle, le plus souvent dans le sens de l'hypertension.

Quatre fois, l'histamine, associée aux antispasmodiques, a été essayée dans une sténose ulcéreuse du pylore. Il y eut un échec complet, deux améliorations et un succès rapide.

Lorsqu'il y a d'autres troubles digestifs associés, l'histamine n'agit que sur ce qui revient à l'ulcère, de sorte que l'histaminothérapie peut être considérée comme un véritable traitement d'épreuve.

Robert Clément.

**J. Dubarry** et **G. Frapin.** ***L'histaminothérapie à faibles doses dans les ulcères gastro-intestinaux. (Résultats après dix-huit mois d'essais et 42 observations)*** [*suite*] (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 35, 28 Août 1938, p. 515-519). — Chez un homme de 66 ans présentant un ulcère haut de la petite courbure, après gastrectomie pour ulcère, dès la deuxième injection d'histamine, il y eut amélioration des douleurs précordiales, avec sensations d'angoisse qui survenaient presque chaque fois. 1 an plus tard, la niche ulcéreuse a disparu, la radiologie ne montre que des défauts de remplissage.

Par contre, chez un homme de 37 ans, un ulcère double, avec sténose pylorique incomplète, fut un échec pour l'histaminothérapie et guérit après gastrectomie. Un autre ulcère duodénal, avec sténose pylorique incomplète, fut amélioré sous l'influence du régime, du repos, et de 20 injections d'histamine, mais il fut opéré et l'on put constater que l'ulcère était cicatrisé. Un ulcus duodénal, avec début de sténose, présenta une amélioration progressive en 4 mois.

3 ulcères duodénaux, chez un homme de 46 ans et deux femmes de 34 et 41 ans ne s'accompagnèrent plus de douleurs après la deuxième ou la troisième injection.

42 observations, la plupart contrôlées par la radiologie, mettent en évidence l'action de la thérapeutique par des petites doses d'histamine sur les manifestations douloureuses de l'ulcère duodénal ou gastro-duodénal.

Robert Clément.

### LYON MÉDICAL

**E. Berthet** et **A. Pellat** (Grenoble). ***Importance de la cuti-réaction à la tuberculine dans l'examen systématique des collectivités scolaires*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 31, 31 Juillet 1938, p 109-117). — 200 enfants des écoles de l'Isère ont été examinés au point de vue clinique et radiologique, tandis qu'une enquête sociale était parallèlement faite sur chacun des cas.

Sur 45 sujets de 6 à 10 ans, on a trouvé 33 pour 100 de cuti-réaction à la tuberculine positive. Sur 93 enfants de 10 à 13 ans, 42 pour 100, et chez 62 de 13 à 16 ans, 64 pour 100 de cuti positives.

On a eu l'occasion de saisir le virage de la cuti-réaction dans les mois qui suivirent l'examen systématique chez 4 d'entre eux : l'un d'eux à la suite d'une pleurésie d'invasion tuberculeuse, deux autres à l'occasion d'un épisode fébrile avec réaction scissurale droite, le dernier sans qu'aucun sympôme pathologique se soit manifesté.

Les différences entre les statistiques anciennes et les actuelles doivent être recherchées dans l'efficacité plus grande des mesures prophylactiques antituberculeuses.

Les enfants et les adolescents à cuti-réaction négative doivent être soigneusement écartés des foyers de contamination; cette règle vise tout particulièrement les étudiants en médecine et les infirmières.

Chez l'adulte, il faut, en présence de manifestations tuberculeuses, songer à la possibilité d'une infection primitive.

L'enquête serrée permet de découvrir la cause de la contamination dans la plupart des cas, le plus souvent il s'agit de contamination familiale, parfois il s'agit de contagion par des voisins. La contamination à l'école est assez rare et due, le plus souvent, à la présence d'un maître ou d'un employé tuberculeux.

La cuti-réaction est une méthode d'investigation facile qui, jointe à l'examen clinique et radiologique, rend de grands services pour le dépistage de la tuberculose. Sa pratique systématique dans les collectivités scolaires doit être recommandée.

Robert Clément.

### BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

**Geissendörfer** (Francfort-sur-le-Mein). ***Les indications de la cholécystostomie et ses résultats à la clinique de Francfort*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **167**, n° 4, Juin 1938, p. 609-622). — G. préconise la cholécystostomie dans les cas suivants de chirurgie des voies biliaires :

Dans les ictères par rétention avec infection des voies biliaires ou syndrome pancréatique surajouté;

Dans les emphysèmes et perforations vésiculaires à cause de la gravité de l'état général et des difficultés techniques de pratiquer la cholécystostomie.

Enfin chez les gens âgés atteints de lithiase bi-

liaire et chez lesquels la cholécystectomie est une intervention très simple et qui permet un lever rapide.

Il ne s'ensuit pas pour cela que la cholécystostomie soit l'intervention de choix dans la plupart des cas de chirurgie biliaire puisque, sur 747 cas d'interventions sur les voies biliaires pratiquées entre 1924 et 1934 à la clinique de Francfort, la cholécystostomie n'a été utilisée que dans 50 cas, soit 6,7 pour 100 des cas observés.

Si l'on envisage maintenant les résultats on ne peut pas dire que cette intervention « de prudence » ne soit sans danger, puisque 50 cholécystostomies ont donné 14 décès, soit 28 pour 100 de mortalité. Relevons en outre 12 fistules de longue durée, soit 24 pour 100, tandis que 11 malades ont dû être réopérés, soit 22 pour 100: 6 cholécystostomies, 2 cholécystostomies avec drainage du cholédoque, 1 cholécystostomie avec cholédocho-duodénostomie, 2 fermetures de fistule persistante.

J. Sénèque.

### *FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)*

**J. Marsalek** et **A. Cernoch.** ***De quelques aspects radiologiques des affections suppurées des organes génitaux de la femme ; leur intérêt au point de vue du diagnostic différentiel*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 56, Juin 1938, p. 617-629). — Avant toute intervention chirurgicale, dans les affections suppurées des organes génitaux chez la femme, il est capital de connaître exactement les rapports des lésions avec le péritoine (sont-elles rétro ou intra-péritonéales ?) et le côlon, et l'examen radiologique est susceptible d'apporter à cet effet de précieux renseignements.

C'est ainsi que dans les *suppurations annexielles étendues* et les *infections bilatérales* l'on peut observer une sténose sigmoïdienne sous forme de bande, à extrémité en entonnoir; au niveau du segment rétréci les plis muqueux longitudinaux et transversaux sont conservés. D'une manière générale, le sigmoïde est repoussé vers la partie supérieure, et les contours du psoas deviennent nettement visibles. Un aspect analogue peut s'observer dans les *métastases* d'origine maligne du cul-de-sac de Douglas, pour peu qu'elles soient volumineuses.

La *paramétrite postérieure* provoque un rétrécissement du rectum dont l'aspect est semblable à celui d'une sténose inflammatoire; les *paramétrites gauches* repoussent le côlon sigmoïde vers la ligne médiane sans réaliser de sténose évidente; dans le cas où les *lésions sont bilatérales*, l'irritation qu'elles provoquent peut amener un certain rétrécissement de la partie supérieure du rectum, sans déplacement du sigmoïde.

Dans les cas où les phénomènes inflammatoires gagnent vers les parties supérieures le long de l'os iliaque, les portions rétro-péritonéales du côlon sont repoussées vers la ligne médiane en même temps que se manifestent des symptômes d'irritation colique; l'intensité des phénomènes d'irritation et les manifestations de rétrécissement qui en résultent sont sous la dépendance du siège du processus inflammatoire, et c'est ainsi que dans le cas d'une localisation postéro-colique les manifestations sont nettement accusées, et, en particulier, les contours du psoas perdent leur netteté; si, au contraire, la lésion est antéro-colique, l'on ne constate plus de signes d'irritation colique alors que les contours de l'intestin sont fortement estompés; il en est de même dans les paramétrites antérieures.

Les paramétrites ne s'accompagnent pas de sténose urétérale.

En vue d'établir un diagnostic différentiel, il n'y a pas lieu d'attacher de valeur à l'existence d'une scoliose, alors qu'il ne faudra pas négliger l'examen thoracique et, éventuellement, l'emploi de la pyélographie.

Morel Kahn.

**A. Sotier.** ***Dimensions du cœur et constitution asthmatique; mise au point d'après des données radiologiques et autopsiques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Août 1938, p. 89-111). — En comparant les résultats obtenus par l'examen radiologique de 78 cœurs de sujets asthmatiques, et les données provenant de 70 autopsies, l'auteur considère qu'il ne saurait être question d'admettre l'existence d'une hypoplasie primitive du cœur, et, par suite, que l'assertion de von Hoesslin (Berlin), qui rapporte à une hypoplasie primitive la « petitesse du cœur des asthmatiques » et en fait une particularité de cette affection, ne saurait être admise.

Les mensurations cardiaques radiographiques furent exécutées avec une très grande précision suivant la méthode de Dietlen et Srooman, et il en fut de même de celles de la mobilité diaphragmatique ; tenant compte des courbes relevées d'après 78 cas, l'auteur a établi la valeur moyenne de l'expansion du diaphragme qui, en général, dans l'asthme, est en « position basse ». Ce n'est que dans quelques cas seulement que fut observé « le changement de position respiratoire » qui accompagne généralement les petits cœurs, et, au contraire, malgré la situation basse du diaphragme, l'aire cardiaque a été souvent trouvée normale, et même, dans de nombreux cas, augmentée. Il ne saurait donc s'agir chez les sujets examinés de « petits cœurs » (ou d'hypoplasie primitive).

Ces considérations furent vérifiées post-mortem, quand, ayant pesé 70 cœurs d'asthmatiques, 9 seulement avaient un poids inférieur à la normale (établie d'après les données de Roessle), la majorité était de poids sensiblement normal, quelques-uns le dépassaient. Il est donc possible de conclure que le cœur des asthmatiques est avant tout hypertrophié, comme conséquence des besoins accrus du malade ; il s'agit d'une hypertrophie dont l'origine est sous la dépendance de la circulation pulmonaire; c'est « l'hypertrophie pulmonaire » de Kirch (D'ailleurs 2 cœurs d'asthmatiques, mesurés suivant le procédé de Kirch, ont fourni des données concordant sensiblement avec les valeurs établies par Kirch pour l'hypertrophie pulmonaire).

L'auteur conclut de ses recherches que, d'une manière générale, les données radiologiques cadrent sensiblement avec celles de Kirch, que le cœur des asthmatiques est pratiquement normal, soumis à des besoins accrus dus aux conditions pulmonaires, et qu'il ne saurait être question comme signe caractéristique de l'asthme de parler de petit cœur.

Morel Kahn.

**T. Cellarius.** ***Contribution au diagnostic des cavernes tuberculeuses*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Août 1938, p. 112-115). — C. rapporte une observation (institeur de 35 ans ayant des antécédents tuberculeux) de volumineuse image lacunaire, d'aspect typique, reconnue à l'examen radiologique, mais persistant sans se modifier, ne s'accompagnant que de signes cliniques contradictoires (examen bactériologique des crachats d'abord partiellement négatif, puis totalement, pas de signes nets d'existence de caverne à l'auscultation).

Alors qu'un « examen en coupe » n'avait montré qu'une petite cavité, l'autopsie (après bronchopneumonie consécutive à une hémoptysie) permit de reconnaître l'existence d'une volumineuse caverne à parois lisses du lobe inférieur droit.

L'auteur considère donc que malgré l'intérêt du procédé de l' « examen en coupe » celui-ci ne saurait être considéré comme donnant une certitude; ses résultats demandent à être interprétés avec réserve et prudence. Certes, c'est là un progrès important au point de vue du diagnostic des lésions pulmonaires, mais l'on ne saurait exagérer sans risque les données qu'il peut fournir, et il convient de ne jamais négliger l'examen clinique et les recherches de laboratoire; seule l'association de ces divers éléments de diagnostic pourra permettre de réaliser des progrès ultérieurs.

Morel Kahn.

**B. Kommerell.** ***Calculs vésiculaires flottants; résultat artificiel de la cholécystographie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 57, Août 1938, p. 146-155). — K. admet, comme Akerlund, que le fait pour des calculs vésiculaires de rester en suspension dans la bile, de flotter, n'est en réalité qu'un phénomène d'apparence artificielle que l'on n'observe que lors de la cholécystographie. En vue de contrôler cette assertion, deux expériences furent faites qui montrèrent que, lors d'une cholécystographie, des calculs peuvent remonter dans la vésicule et prendre l'aspect de calculs flottants.

Alors que la cholécystographie avait montré des calculs flottants, l'examen post-opératoire de la vésicule réséquée a prouvé que ces calculs occupaient le fond de la vésicule. Certes des calculs biliaires renfermant des gaz (Kommerell et Wolpers) sont susceptibles de flotter aussi bien dans la bile que dans l'eau distillée; il ne saurait cependant pas être admis qu'il existe un rapport entre ces « calculs flottants » et les phénomènes de sédimentation biliaire, c'est-à-dire l'existence de couches de biles de différentes densités.

Il a été possible, dans un cas, de mettre en évidence que la suspension d'un calcul flottant dans un plan horizontal n'était pas constante; c'est ainsi que, dans des conditions données, le calcul peut rester en suspension à telle ou telle hauteur, d'où l'intérêt de la variation de concentration de la bile (celle-ci diminuant plus ou moins rapidement de bas en haut).

K. admet que, pour certaines raisons qu'il expose, il peut s'agir, en ce qui concerne ces « calculs flottants », d'éléments de formation récente. Envisageant les problèmes prophylactiques et thérapeutiques que pose le traitement des sujets atteints de lithiase, il recommande l'association de la cure de Karlsbad au traitement d'huile, et considère que le recours au décubitus dorsal accompagné d'élévation du bassin favorise l'expulsion des sédiments biliaires.

Morel Kahn.

### *ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)*

**A. Margitay-Becht.** ***Contribution au traitement de la dystrophie adiposogénitale*** (*Endokrinologie*, t. 20, n° 4, Juillet 1938, p. 241 à 245). — L'insuffisance des fonctions de l'hypophyse est surtout manifeste au moment de la puberté. Elle peut s'accompagner d'un accroissement normal ou parfois exagéré de la taille, avec obésité adiposogénitale et insuffisance du développement des organes sexuels. Il semblerait donc qu'en pareil cas on pourrait admettre que l'hormone de croissance est produite en quantité suffisante alors que l'hormone gonadotrope ne l'est pas. Il peut aussi se faire que l'hypophyse fonctionnant normalement, les glandes sexuelles réagissent mal et on ne saurait dire actuellement laquelle de ces hypothèses correspond à la réalité. De plus, dans les cas où une amélioration est survenue, il y a toujours lieu de se demander si elle a été spontanée ou provoquée par le traitement.

M.-B. a eu l'occasion d'observer une obésité adiposogénitale chez 3 garçons qui présentaient un retard du développement des organes sexuels et une apparence générale eunuchoïde. Le traitement a été pratiqué avec un mélange d'hormones gonadotropes provenant du lobe antérieur de l'hypophyse, du sang de gestantes et du placenta.


PARIS
REG.COMM.PARIS 75.453

Dans les 3 cas la maturité sexuelle s'est manifestée: les testicules sont devenus plus gros et leur sécrétion interne a augmenté en provoquant le développement des caractères sexuels secondaires; la croissance s'est ralentie; dans 1 cas cependant, elle a continué mais en intéressant surtout le tronc, c'est-à-dire en diminuant l'aspect eunuchoïde.

Etant donné les différences biologiques qui existent entre l'hormone gonadotrope suivant qu'elle provient de l'urine de gestantes ou de l'hypophyse, on doit admettre que si la première guérit une hypoplasie génitale ou un arrêt de croissance, c'est que l'hypophyse du malade est encore capable de fonctionner et de fournir le prolan nécessaire. D'un autre côté, si un traitement relativement court détermine une disparition rapide des symptômes d'insuffisance de l'hypophyse, c'est que cette glande n'était pas complètement détruite, mais encore capable de se remettre à fonctionner sous l'influence du traitement. P.-E. Morhardt..

### ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
### (Leipzig)

**H. Zothe** (Prague). ***Atteinte rénale glomérulo-tubulaire dans le purpura de Schönlein*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 59, n° 36, 3 Septembre 1938, p. 657-663). — On sait que le purpura rhumatoïde de Schönlein s'accompagne parfois d'hématuries et d'albuminurie que Henoch a mises sur le compte d'une néphrite hémorragique. Toutefois, Dinkler a récemment soutenu qu'il s'agit là moins d'un mécanisme néphritique que d'un mécanisme hémorragique.

Les deux cas relatés par Z. établissent l'existence d'une atteinte rénale glomérulo-tubulaire à l'origine de l'albuminurie et des hématuries du purpura rhumatoïde.

Chez le premier malade, un garçon de 11 ans, atteint de purpura de Schönlein typique et opéré d'appendicite à cause des douleurs abdominales qu'il présentait, l'hématurie se montra dès le début; en raison de l'abaissement de la tension artérielle et de la fonction normale du rein, on conclut à une néphrite en foyer. L'enfant parut se rétablir, mais de nouvelles poussées de purpura et d'hématuries se produisirent et l'on put constater le tableau d'une néphrite glomérulo-tubulaire chronique avec hypertension, azotémie, albuminurie élevée, œdèmes, hypercholestérinémie, hypoprotéinémie; l'urémie amena la mort 6 mois après le début de la maladie. Il est probable qu'il ne s'est pas agi au début de néphrite en foyer, mais déjà d'une glomérulo-néphrite diffuse.

Chez le second malade, âgé de 21 ans, le purpura rhumatoïde se montra à la suite d'une angine aiguë, et évolua sans participation abdominale. L'hématurie, dès le début, sembla résulter d'une glomérulo-néphrite diffuse aiguë, en raison de l'hypertension, de l'œdème et de l'azotémie. La participation tubulaire ne se manifesta qu'ensuite par l'albuminurie accentuée et l'hypercholestérinémie. Tandis que les œdèmes, l'hypertension et l'azotémie disparaissaient progressivement, l'albuminurie, l'hypercholestérinémie et quelques hématies persistaient encore au bout d'un an et demi.

P.-L. Marie.

### ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION
### (Buenos-Aires)

**D. E. Zavaleta** et **A. W. Caral.** ***Iléite localisée (maladie de Crohn)*** [*Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutricion*, t. 13, n° 5, Juin-Juillet 1938, p. 584-596]. — Pour la première fois Z. et C. se sont trouvés en présence de lésions intestinales, typiques de la maladie de Crohn. L'observation qu'ils nous communiquent est celle d'une malade de 70 ans qui présentait un syndrome clinique abdominal aigu. En voici un résumé succinct.

Depuis 4 jours la malade souffre d'une douleur abdominale diffuse, qui se localise enfin dans la fosse iliaque droite. Peu après apparaissent des vomissements et des nausées. Dès le 2e jour, des douleurs. La malade est constipée, mais ces antécédents montrent que cet état de choses est habituel. A l'examen, l'abdomen globuleux, tendu, limité dans ses mouvements respiratoires, présente une défense pariétale discrète. Le point de Mac Burney est douloureux. Malgré la défense pariétale on palpe une masse solide, de contours imprécis, et d'un diamètre d'environ 15 *cm*. Le diagnostic clinique est: kyste de l'ovaire. On pratique une intervention: Incision de Mac Burney. Le péritoine, une fois ouvert, laisse filtrer un liquide séro-sanguinolent, et découvre des anses iléales enflammées et dilatées. L'exploration manuelle met en évidence un peloton d'anses, d'un rouge foncé, tachées, et présentant des ecchymoses. La séreuse en est à nu, avec un léger dépôt fibreux. L'anse déroulée est peu flexible, de la consistance du caoutchouc, de diamètre peu augmenté. L'attention est attirée par l'augmentation considérable du mésentère qui déborde amplement, de tous côtés, l'intestin. Ce mésentère, d'un jaune sale, est friable. Ces altérations s'étendent sur 10 à 15 *cm*. L'anse correspond à la portion terminale de l'iléon. On pratique la résection de la portion malade avec anastomose latéro-latérale. La malade décède 9 jours après. L'autopsie ne fut pas possible. L'examen anatomo-pathologique incline les auteurs à penser à une iléite localisée.

Cette affection, décrite en 1932 par Crohn, Ginzberg et Oppenheimer, est caractérisée par une inflammation subaiguë et chronique, nécrosante et cicatrisante. Les ulcérations de la muqueuse s'accompagnent d'une réaction considérable, conjonctive, de l'enveloppe pariétale du segment intestinal invalide et le processus conduit fréquemment à la sténose et à la formation de fistules. Les diverses observations publiées ont montré que, si la localisation habituelle de ces lésions est l'iléon terminal, elle peut avoir lieu sur n'importe quelle portion de l'intestin. Crohn décrit 4 périodes différentes qui peuvent se succéder:

1° Signes inflammatoires intra-abdominaux;
2° Entérite ulcéreuse;
3° Sténose;
4° Fistulisation.

L'évolution, après une phase aiguë, s'oriente vers une phase chronique, avec alternatives d'aggravation et d'amélioration. La guérison spontanée est rare, et seulement possible en période subaiguë. Le traitement chirurgical est d'un bon pronostic. Robert Coronel.

### BOLETIN DEL INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA
### (Buenos-Aires)

**Flavio L. Nino.** ***Contribution à l'étude de la blastomycose en Argentine*** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, an. 14, n° 117, Juillet 1938, p. 591-1042). — N. fait une revue succincte des diverses blastomycoses, et, après avoir rappelé l'importance de ces affections en Argentine, nous en donne une classification pratique.

1° *Blastomycoses « vraies »*, à granulome cryptococcique.

2° *Para-blastomycoses*, à granulome paracoccidioïdique, maladie de Gilchrist, maladie de Darling (histoplasmose).

3° *Pseudo-blastomycoses*, à granulome coccidioïdique (maladie de Posadas), à granulome rhinosporidiosique (maladie de Secher) enfin à granulome chromomycosique.

N. étudie en détail une série d'observations, complètes dans chacun de ces groupes, après avoir donné un aperçu historique, pathologique et anatomo-pathologique de chaque catégorie.

Au cours de ses observations. F. N. étudie un nouveau cas de granulome cryptococcique, qui vient s'ajouter à celui observé précédemment par l'auteur. De même, une nouvelle observation de granulome-paracoccidioïdique permet à N. de suivre, pour la première fois, de bout en bout l'évolution de la maladie.

D'après les statistiques de F. N. le granulome-paracoccidioïdique est le plus fréquent (15 cas), puis viennent ensuite, par ordre de fréquence, les blastomycoses à granulomes-coccidioïdiques (4), rhinosporidiosiques (4), syndrome de Gilchrist (4), chromomycosiques (2), cryptococciques (2).

Robert Coronel.

### BOLETIN DEL INSTITUTO de MEDICINA EXPERIMENTAL DEL CANCER
### (Buenos-Aires)

**Angel. H. Roffo.** ***Production expérimentale d'ulcères et de tumeurs malignes de l'appareil digestif par ingestion d'aliments riches en cholestérine irradiée*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. 14, n° 46, Décembre 1937, p. 584-656). — R. a fait porter ses expériences sur 1.600 rats. Ceux-ci, qui avaient 3 mois au début de l'expérience, furent divisés en 6 groupes. Le 1er (1.000 rats), alimenté avec du pain et du lait, ne montra *post mortem* aucune lésion ulcéreuse ou tumorale gastrique au bout de 24 mois.

La 2e série, nourrie de pain et de lait et de cholestérine non irradiée; 2 rats seulement présentèrent de très légères ulcérations gastriques.

Le 3e groupe: 100 rats alimentés de pain et lait + cholestérine irradiée pendant 48 heures, à raison de 100 *mg*. de cholestérine par rat. 39 pour 100 des rats de cette série présentèrent des lésions intenses du tube digestif allant de l'ulcération simple gastrique à la tumeur gastrique et hépatique.

Le 4e groupe, alimenté au pain et lait irradié par le soleil, comprend 40 pour 100 de rats atteints d'ulcères et de tumeurs du foie.

La série 5, l'alimentation composée de pain, de lait et de jaunes d'œufs irradiés par le soleil provoque des lésions chez 30 pour 100 des sujets.

Enfin, la 6e série, alimentés normalement, mais avec addition de jaunes d'œufs irradiés aux U.-V., a eu 58 pour 100 de rats atteints de lésions nombreuses et à évolution aiguë.

La conclusion de ces expériences est que le cholestérol irradié, et principalement aux U.-V., provoque chez les rats des érosions, des ulcus, et des formations néoplasiques adéno-carcinomateuses. R. a parfois rencontré dans le foie des tumeurs malignes intenses ayant l'aspect histologique du sarcome fusocellulaire.

R. suppose qu'il existe une relation entre le processus histologique et la modification du cholestérol par les radiations.

Robert Coronel.

### BRASIL MEDICO
### (Rio-de-Janeiro)

**A. Pinheiro de Ulhôa Cintra.** ***Diabète rénal*** (*Brasil Medico*, an. 52, n° 22, 28 Mai 1938). — P. décrit un cas de diabète rénal « vrai », avec antécédents héréditaires de diabète sucré, chez une petite fille de 8 ans. Durant 28 mois, la glycosurie de caractère bénin a oscillé entre 11,0 et 66,0 en 24 heures, toujours avec une glycémie normale comprise entre 0,88 et 1,20 pour 100. Le taux le plus élevé de la glycémie a été 1,29 pour 1.000. Après ingestion de glucose, les taux les plus élevés des glycémies capillaire et veineuse furent respectivement de: 1,37 et 1,24 pour 100 suivies d'une

phase d'hypoglycémie très nette, et de différence normale entre le sang capillaire et veineux révélant l'intégrité fonctionnelle de l'appareil glyco-régulateur. Après l'épreuve de Radoslav (sensibilité à l'insuline) P. de U. C. a remarqué une différence hypoglycémique capillaire et veineuse (0,64 — 0,56 pour 100) normale, alors que la glycosurie monte à un taux paradoxal : à 22,0 pour 100 après injection d'insuline. Une scarlatine intercurrente n'a pas déterminé de troubles de la tolérance aux hydrates de carbone.

ROBERT CORONEL.

### ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA
### (Sao-Paulo)

**P. Q. T. Tibirica.** ***La micro-pathologie hépatique dans la fièvre jaune*** (*Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, vol. 35, n° 5, Mai 1938, p. 429-455). — T. a entrepris certaines recherches afin de pénétrer plus avant dans la micro-pathologie hépatique. Après avoir passé rapidement sur les découvertes déjà acquises par les autres auteurs, T. T. passe à la relation de ses propres résultats.

Tout d'abord, T. T. a constaté dans certains cas l'apparition, à l'entour des canaux biliaires, d'une portion cytoplasmique fortement éosinophile. T. T. pense qu'il s'agit d'un début de nécrose. Les lipides des cellules à stéatose sont, au micropolariscope, isotropiques. Le pigment biliaire est en rétention dans les cellules hépatiques et dans les cellules de Kupfer. Parfois T. T. a constaté des cylindres biliaires dans les trabécules de Remak. Le noyau des cellules altérées est œdématié. Le réticulum chromatique, tout d'abord inchangé, s'altère rapidement.

Après quelques considérations sur la pathologie du foie dans la fièvre jaune, T. T. donne les faits essentiels permettant le diagnostic histologique de cette affection.

1° Existence de cellules hépatiques nécrosées, isolées, très acidophiles, généralement multivacuolisées, se présentant parfois en groupe, à localisation prédominante dans la couronne médiane du lobule.

2° Présence de stéatose du type multivacuolaire d'intensité variable, généralement plus intense sur le pourtour de la couronne où abondent les nécroses.

3° Altérations nucléaires diverses.

4° Dépôt de pigment, probablement d'origine biliaire, dans les cellules centro-lobulaires, et dans celles de Kupfer.

5° Congestion de la couronne médiane du lobule, simulant une hémorragie.

6° Conservation du réticulum et de la trame conjonctive du foie.

ROBERT CORONEL.

### JORNAL DE SIFILIS E UROLOGIA
### (Rio-de-Janeiro)

**A. Valerio.** ***Neisserites aiguës*** (*Jornal de Sifilis e Urologia*, an. 9, n° 97, Janvier 1938, p. 18-23). — Après avoir discuté les idées de Janet et Barbeillion, A. V. pense que les porteurs de germes les plus nombreux ne sont pas forcément féminins. Puis il nous rapporte le résultat de ses expériences sur 42 neisserites aiguës, à gonocoques vrais. 26 hommes et 16 femmes furent traités à la mercetiline d'A. Pereira. La technique fut différente pour les deux sexes. Pour les hommes, une ampoule intra-musculaire de solution n° 1, par jour. Après la 36e injection, les malades eurent 12 injections n° 2, à raison de 1 par jour. 12 malades ayant des foyers gonococciques de l'urètre postérieurs furent guéris, de même que 11 autres malades dont le foyer d'infection siégeait dans la vessie, l'urètre et la prostate. Deux malades eurent besoin d'une série complémentaire de 12 injections associée à une cure d'auto-hémothérapie. La technique, chez les femmes, fut la suivante: 12 injections n° 1, à raison de 1 par jour, suivie de 24 injections n° 2 (1 par jour). Enfin 24 injections n° 2, à raison de 3 par semaine. Les 16 malades traitées sont guéries. Afin de vérifier la guérison, A. V. procéda à l'épreuve de Champreneaud, modifiée par lui. Ce qui semble démontrer que la mercetiline d'A. Pereira est un médicament spécifique, des neisserites aiguës.

ROBERT CORONEL.

**A. Valerio.** ***Syphilis et maladie de Nicolas-Favre*** (*Jornal de Sifilis e Urologia*, an. 9, n° 98, Février 1938, p. 45-47). — V. s'élève contre la spécificité du test de Frei. Pour lui cette pseudo-spécificité est cause de nombre d'erreurs de diagnostic. On a tendance à éliminer systématiquement la syphilis qui est souvent masquée ou noyée dans le tableau clinique de la maladie de Nicolas-Favre. A. V. rapporte les succès qu'il a obtenus dans 2 cas par le traitement au bismuth associé à des séances de diathermie localisée.

ROBERT CORONEL.

**A. Valerio.** ***Myases*** (*Jornal de Sifilis e Urologia*, an. 9, n° 101, Mai 1938, p. 142-146). — V. nous rapporte deux observations de myases. La première est celle d'un enfant de 15 ans. La réaction de Wassermann est positive, l'enfant est paludéen depuis 3 ans. Depuis une quinzaine, le malade, porteur d'un phimosis incomplet, ne peut découvrir le gland et n'urine que goutte à goutte au prix de violentes douleurs. Il est en proie à un fort prurit, localisé au gland, au sillon balano-préputial et au prépuce. Avant d'opérer A. V. vaporise le gland avec de l'eau chaude et fait une injection de « iodure de bismuth quinine ». Le jour suivant le malade apporte 8 larves de *musca carnaria*, éliminées vivantes 6 heures après le traitement, on continue les injections (12), élimination de 6 nouvelles larves. Une incision dorsale du prépuce, suivie d'une nouvelle série d'injections, rétablissent complètement le malade.

La deuxième observation est celle d'une femme de 30 ans, atteinte de gonorrhée et paludisme à 25 ans. Syphilis ancienne. Depuis 15 jours, présente de la difficulté à uriner. L'examen montre une urétrite aiguë, accompagnée de périurétrite suppurée et fistulisée. Un toucher vaginal ramène deux larves vivantes de *sarcophaga carnaria*. Même traitement, suivi à la 2e injection d'élimination de 10 nouvelles larves. Guérison.

A. V. pense que *l'iodure de bismuth quininé* est la médication de choix dans ces cas.

L'iode favorisant la tolérance du bismuth, tout en diminuant la toxicité, l'action des sels de Bi, étant spécifique, est tout indiquée chez ces syphilitiques. Quant à la quinine, son action dans le paludisme est connue. L'association de ces 3 produits agit rapidement et énergiquement dans ces myases.

ROBERT CORONEL.

### REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
### (Rio de Janeiro)

**F. Paula Xavier** et **M. de Abreu Junqueira.** ***A propos d'un cas d'arrhénoblastome ovarien avec grossesse topique simultanée. Virilisation de la mère et de l'enfant du sexe féminin*** (*Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, an. 32, t. 1, n° 3, Mars 1938). — Après quelques considérations quant à la fréquence, à la pathogénie, au diagnostic et au traitement de l'arrhénoblastome de l'ovaire, P. X et A. J. rapportent l'observation d'une femme de 34 ans, porteuse d'une tumeur de l'ovaire. Ses antécédents, tant personnels que familiaux, sont normaux. Mère de 3 enfants. Les dernières règles datent de Mars 1937. La malade se croit enceinte de 5 mois. L'examen montre: disposition masculine du sytème pileux pelvien. Abdomen uniformément distendu par une tumeur ovoïde à grand axe longitudinal, de contours réguliers, donnant l'impression, à la palpation, d'un utérus gravide de 5 mois. Douleur généralisée dans la fosse iliaque droite et particulièrement au point de Mac Burney. Un examen radiologique conclut à une appendicite. L'intervention, vu l'état de la malade, est décidée et fait découvrir une tumeur, de la dimension d'un rein normal, tenant à l'ovaire par un pédicule épais et court. Diagnostic post-opératoire: tumeur solide ovarienne avec torsion partielle du pédicule, compliquant la grossesse. L'examen histologique révèle un arrhénoblastome ovarien.

Deux mois après, la malade présente divers symptômes de virilisation provenant probablement de cellules néoplasiques en activité hormonale. Une nouvelle opération est jugée nécessaire, mais l'état général de la malade (albuminurie, oligurie, vomissements, diarrhée, température sub-fébrile) s'y oppose. Les contractions utérines cessent. Le fœtus semble mort. Le 22 Décembre 1937, une cranioclasie est pratiquée, à la suite de laquelle la malade présente un phénomène de shock considérable. Le fœtus, du sexe féminin, a été influencé par l'arrhénoblastome, car il présente les caractères du sexe masculin, et ce n'est qu'après un examen minutieux que le sexe réel est déterminé. Cependant l'état de la malade s'aggrave et 2 heures après l'intervention se produit son décès.

ROBERT CORONEL.

### L'UNION MÉDICALE DU CANADA
### (Montréal)

**J. Brien.** ***Recherches et corrections des défectuosités physiques au cours de l'examen médical des enfants des écoles*** (*L'Union médicale du Canada*, t. 67, n° 8, Août 1938, p. 853-855). — Au cours de son stage scolaire, chaque élève subit 4 examens généraux par le médecin inspecteur de l'école: à son entrée, 2 fois durant le cours des études et la dernière année avant de quitter l'école. L'examen, aussi complet que possible, porte sur le poids, la taille, les antécédents, les organes des sens, les divers appareils et le système nerveux. L'examen de l'enfant déshabillé dure de 8 à 10 minutes.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'examen médical sont portés sur une fiche individuelle, qui suit l'élève durant son stage scolaire et d'une école à l'autre, s'il y a lieu.

Le médecin inspecteur se garde de toute thérapeutique et ne donne aucune ordonnance. Son rôle se borne à signaler les défaillances de l'organisme et à inviter les parents à consulter, à ce sujet, le médecin de famille. Pour faciliter le travail des infirmières dans leurs visites à domicile, les défectuosités physiques sont classées en 3 catégories, A, B, C, suivant leur gravité. La classe A comportant un avis aux parents de couleur rose comprend les affections ou anomalies graves, sérieuses, nécessitant un traitement urgent. Sur l'avis de couleur blanche de la catégorie B, il est simplement recommandé aux parents de montrer l'enfant au médecin. Sur l'avis de couleur verte de la catégorie C, cette recommandation est supprimée et il est simplement indiqué que l'enfant présente telle ou telle défectuosité. Un duplicata de ces avis est conservé par l'infirmière scolaire et l'enfant est soumis à nouveau à l'examen du médecin inspecteur pour constater que le traitement a été appliqué.

Au cours de l'année scolaire 1935-1936, 11.000 enfants ont été traités à la suite de l'inspection médicale à l'école, ce qui représente environ 33 pour 100 des élèves ayant présenté quelque chose

d'anormal à l'examen. Il y eut ainsi 2.000 opérations pour amygdales, 1.400 pour végétations adénoïdes. La moitié de ceux qui avaient une vision défectueuse se sont procuré des verres, 20 pour 100 des élèves en état de dénutrition ont repris leur poids normal. Sur 27.000 enfants ayant des lésions dentaires, 7.000 ont été soignés.

Robert Clément.

### ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

**W. H. Barker.** ***Excrétion du pigment biliaire et fonction hépatique dans les maladies du sang*** (*Archives of internal Medicine*, t. 62, n° 2, Août 1938, p. 222-246). — B. a étudié l'excrétion de l'urobilinogène dans 74 cas d'hémopathies. Il considère que l'excrétion quotidienne moyenne d'urobilinogène fécale mesure le taux de destruction des hématies dans l'organisme.

Il a trouvé des chiffres anormalement élevés d'urobilinogène fécale dans les anémies hémolytiques et dans la plupart des cas d'anémie pernicieuse au moment des rechutes. Ces chiffres sont revenus à la normale à la suite de la splénectomie dans les cas d'ictère hémolytique congénital et après traitement convenable par le foie dans les cas d'anémie pernicieuse. Aussi B. conclut-il que la destruction sanguine est augmentée dans l'anémie pernicieuse, bien que celle-ci puisse ne pas être primitivement une anémie hémolytique.

L'anémie associée à la leucémie est parfois hémolytique. Dans de rares cas d'anémie aplastique, un facteur hémolytique est, semble-t-il, en jeu; la splénectomie dans 2 de ces cas fut suivie d'une amélioration temporaire.

La transfusion d'un sang bien compatible peut parfois être suivie d'une augmentation frappante de l'excrétion de pigment biliaire, laissant croire que la plus grande partie du sang transfusé a été rapidement hémolysée.

Chez 63 des 74 malades, B. a étudié la fonction hépatique au moyen d'un ou de plusieurs de ces trois tests: test de l'urobilinogène de l'urine (Terwen), test de l'excrétion de la bilirubine (Harrop et Barron), test de la synthèse de l'acide hippurique (Quick). Chez plus de la moitié des malades il a trouvé des troubles de la fonction hépatique, faisant penser que le fonctionnement défectueux du foie peut jouer un rôle important dans la pathogénie de nombreuses hémopathies.

P.-L. Marie.

**R. A. Kinsella** et **R. O. Muether.** ***Endocardite streptococcique expérimentale*** (*Archives of internal Medicine*, t. 62, n° 2, Août 1938, p. 247-270). — K. et M. ont réussi à reproduire l'endocardite streptococcique en traumatisant les valvules du cœur au moyen d'un crochet introduit dans la carotide et en injectant ensuite dans les veines, 30 jours au moins après le traumatisme, des streptocoques de faible virulence. La maladie ressemble absolument à celle qu'on observe chez l'homme. Elle s'accompagne de bactériémie persistante, d'embolies dans divers organes (rein, rate, cerveau) et aboutit plus ou moins rapidement à la mort. A l'autopsie on trouve sur les valvules des végétations constituées par des amas de bactéries reposant sur un tissu infiltré de leucocytes, et dans le rein des hémorragies punctiformes envahies par des leucocytes et des cellules rondes ainsi que des thromboses glomérulaires. L'immunisation préalable au moyen de cultures tuées reste sans succès.

Chez plusieurs chiens qui furent infectés avec un streptocoque peu virulent, la guérison fut obtenue avec un composé mercuriel (merthiolate). Il en fut de même avec la sulfamide donnée par la bouche; avec ce produit, un seul chien sur 5 succomba. K. et M. attribuent les résultats thérapeutiques différents observés chez l'homme et chez le chien au mode de production différent de la maladie: chez l'animal l'implantation bactérienne succède à une lésion traumatique; chez l'homme elle est le résultat d'une maladie de la valvule. Aussi serait-il du plus haut intérêt d'étudier l'effet du traitement chez des chiens guéris de leur endocardite, puis réinfectés, ce qui se rapprocherait davantage des conditions humaines.

D'autre part, K. et M. ont fait ingérer des cultures de streptocoques non hémolytiques à 17 chiens dont la valvule mitrale avait été sectionnée. 10 de ces chiens tombèrent malades, fournirent des hémocultures positives et moururent. L'autopsie montra une endocardite bactérienne due aux mêmes germes que ceux qu'avaient ingérés les animaux.

En aucun cas on ne constata de ressemblance quelconque entre les lésions histologiques observées chez les chiens et les lésions du rhumatisme articulaire aigu de l'homme.

P.-L. Marie.

### THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE (New-York)

**Frank J. Curran.** ***Etude de 50 cas de psychoses par les bromures*** (*Journal of Nervous and mental Disease*, vol. 88, n° 2, Août 1938, p. 163-193). — D'une revue générale de la littérature et de l'étude de 50 cas personnels de psychoses dues aux bromures, C. déduit les conclusions suivantes.

Les bromures remplacent les chlorures dans le sang au cours du traitement bromuré, et les manifestations toxiques peuvent apparaître quand 25 à 35 p. 100 des halogènes sont remplacés par les bromures. Un taux de 40 p. 100 peut être considéré comme fatal. Les épileptiques semblent mieux tolérer les bromures que les sujets normaux.

Les signes d'intoxication bromurée sont: la torpeur, l'acné, l'embarras gastrique, la lenteur des réactions pupillaires, l'incertitude de la marche, le tremblement de la langue et des mains, les modifications des réflexes tendineux, qui peuvent être augmentés ou diminués.

Le type le plus commun de psychose bromique est le délire, de 3 à 6 semaines de durée en moyenne. Les hallucinoses bromiques ne sont pas fréquentes, de même que les cas de syndromes de Korsakoff. Les éruptions d'acné sont parfois associées aux troubles mentaux.

Les 50 cas de troubles mentaux observés par C. ont été étiquetés de la façon suivante: paraphasie, hallucinations visuelles, troubles de la mémoire avec fabulation, troubles vestibulaires avec idées de bateaux et de filets, idées d'électricité.

C. rapporte le cas d'une femme ayant une névrose obsessionnelle depuis 10 ans, qui disparut à la suite d'un délire bromique. Dans la majorité des cas, le délire bromique se développa chez des éthyliques. Parfois, il se présenta chez des schizophrènes, des maniaques dépressifs ou des cérébroscléreux.

Le traitement consiste à supprimer le bromure et à donner du chlorure de sodium par la bouche ou par voie intraveineuse.

H. Schaeffer.

### AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

**Edward Davis** et **Arthur Koff.** ***Production expérimentale de l'ovulation dans l'espèce humaine*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. 36, n° 2, Août 1938, p. 183-199). — La substance simili-préhypophysaire de l'urine, injectée au rat hypophysectomisé, ne reproduit pas l'action de la préhypophyse sur l'ovaire: pas de croissance folliculaire ni d'ovulation, mais simplement lutéinisation des follicules. La substance analogue extraite de l'urine de femmes castrées stimule la croissance folliculaire, mais pas jusqu'à l'ovulation. Quant à l'authentique extrait préhypophysaire, il est impossible de se le procurer à l'état de pureté nécessaire pour l'emploi thérapeutique chez l'humain. Mais Cole et Hart ont isolé, du sérum de jument gravide (vers le 70e jour de la gestation), une substance qui ne passe pas dans l'urine, qui n'est pas ultra-filtrable (poids moléculaire élevé: peptide probable) et qui, après purification, a un indéniable effet gonadotropique. D. et K. ont injecté par voie veineuse cette substance à des femmes qui allaient être laparotomisées et ils ont constaté qu'ils avaient produit l'ovulation et des corps jaunes absolument récents.

Henri Vignes.

**Charles Edwin Galloway** et **Tom D. Paul.** ***Etude de 288 primipares de plus de 35 ans comparées à 300 primipares de moins de 25*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. 36, n° 2, Août 1938, p. 255-259). — Les primipares jeunes ont eu un temps moyen d'accouchement de 12 heures (maximum 72 heures, minimum 1 heure), alors que les primipares de 35 à 39 ans ont eu 14 heures (maximum 52, minimum 1) et celles de plus de 40 ans 18 heures (maximum 73, minimum 1). Le pourcentage de gestoses a été, dans les trois groupes, de 2,3 pour 100, 10,9 pour 100 et 13,7 pour 100, et le nombre de césariennes de 2 pour 100, 17,3 pour 100 et 29,4 pour 100, ceci pouvant s'expliquer par le désir d'obtenir vivant un enfant tard venu. La proportion de prématurés a été de 4,4 pour 100, 13,5 pour 100 et 19,6 pour 100. Le placenta prævia, les positions anormales deviennent de plus en plus fréquentes avec l'âge. Chez les femmes de plus de 35 ans, il y a eu, 19 fois, des myomes et il n'y en a pas eu chez les primipares jeunes. Au total, une grossesse tardive comporte des risques qu'il ne faut pas sous-estimer.

Henri Vignes.

### NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

**D. D. de Langen.** ***Influence des hypnotiques sur la composition du sang*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 29, 16 Juillet 1938). — C'est une question très importante que de savoir si l'emploi des hypnotiques est aussi inoffensif qu'on le dit en général. En réalité, la plupart d'entre eux possèdent, à côté de leurs propriétés principales, des effets toxiques secondaires plus ou moins marqués. Les nombreux suicides commis avec ces produits en témoignent clairement. L. donne à ce propos l'observation d'une malade qui arrive à l'hôpital dans le coma. L'examen du sang n'indique rien d'anormal au point de vue sucre, réserve alcaline et urée. Par contre, dans le sérum, il y a une forte lipémie (1,6 pour 100 de graisse totale et 0,34 pour 100 de cholestérine). Comme il ne peut s'agir ni de diabète, ni de néphrose, ni de leucémie, on pense à une intoxication par le véronal et on pratique un traitement à la strychnine et au cardiazol, et la malade sort du coma au bout de 40 heures. On apprend alors qu'il s'agit d'une femme antérieurement traitée pour anémie (hémoglobine 0,55 pour 100; érythrocytes 3,25 millions), dont l'origine n'est pas bien établie. Il n'y a ni hémolyse, ni pertes sanglantes. Le fer, ni le foie n'ont eu d'effets. La malade raconte que, depuis un certain temps, elle prend presque chaque soir un hypnotique, le plus souvent du véronal. Pendant le séjour à l'hôpital on ne lui donna que du bromure et l'anémie disparut (hémoglobine, 90 pour 100; érythrocytes,

5,2 millions). Un an plus tard cette malade recommença à présenter de l'anémie et avoua qu'elle prenait de nouveau des hypnotiques. La suppression du médicament fit encore une fois disparaître l'anémie qui doit, par conséquent, être mise en relation avec l'usage de l'hypnotique.

L. a également constaté, dans 2 cas d'épilepsie traitée régulièrement par le luminal, l'existence d'une anémie rebelle (hémoglobine 62 et 64 pour 100; érythrocytes 3,6 et 3,9 millions). Dans ces cas également, comme d'ailleurs dans des cas analogues de Maillard, l'anémie disparut avec la suppression du médicament.

D'autre part, des recherches poursuivies sur l'hyperlipémie de 4 sujets utilisant régulièrement des hypnotiques ont donné, au lieu de 400 à 600 mg. pour 100 g., chiffre normal, 700 à 1.150 mg. Chez un sujet normal qui n'avait jamais encore employé d'hypnotique et dont la lipémie atteignait à jeun 480 mg., une dose de 50 cg. de véronal fit monter la lipémie, le lendemain matin, à 820 mg. Une dose de 1 g., prise dans des conditions analogues par un autre sujet, a fait passer la lipémie de 430 à 1.380 mg.

Ces expériences ont été reprises chez le lapin dont la lipémie varie de 200 à 400 mg. avec un taux de cholestérine de 40 à 65 mg. Avec le véronal on arrive à faire monter cette lipémie à 4.800 mg. Au bout de 24 heures, cette proportion s'abaisse pour revenir à la normale en 5 à 7 jours. Ces recherches montrent que tous les hypnotiques appartenant au groupe des barbituriques semblent pouvoir provoquer la lipémie.

Pour les hypnotiques qui appartiennent au groupe des uréides, il n'en est pas ainsi, même si les doses sont assez élevées pour procurer un sommeil profond. Les bromures et la morphine ne provoquent pas non plus de lipémie. D'un autre côté, l'administration persistante au lapin, de véronal, détermine une diminution du nombre des érythrocytes et du taux de l'hémoglobine. Cette anémie disparaît aussitôt que le médicament est cessé, pour reprendre s'il est de nouveau administré.

P.-E. Morhardt.

**M. C. Van Steenbergen** et **Van der Noordaa.** ***Six cas d'hyperostose frontale interne*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **82**, n° 31, 30 Juillet 1938). — Dans une des observations publiées par S. et N., il s'agit d'une femme de 26 ans qui se plaint de présenter depuis un an des accès débutant par des épistaxis et un malaise suivis de vomissements et de perte de la connaissance, sans incontinence d'urine ni morsure de la langue. La malade perd la mémoire et finalement il apparaît des symptômes d'origine centrale: nystagmus rotatoire et parler dysarthrique. Aux rayons Rœntgen, on observe une hyperostose frontale interne manifeste. Dans un autre cas il s'agit d'une femme de 66 ans, atteinte de démence, qui manifeste des sentiments d'euphorie et qui parfois boude et pleure. Une troisième femme présente un habitus acromégaloïde, mais pas de trouble neurologique en dehors de strabisme divergent par chiorétinite ancienne. Une malade, âgée de 38 ans, présente de la dépression avec angoisse, hallucinations et négativisme; l'hémoglobine atteint, chez elle, 97 pour 100, les érythrocytes 5,8 millions, la glycémie 1,08, tandis que le calcium et la cholestérine sont normaux; depuis 6 ans il y a aménorrhée; la selle turcique est grande et l'hyperostose frontale n'est pas très apparente.

En somme, les symptômes présentés par toutes ces malades ont été variables. Il en a été de même dans les cas de ce genre observés par d'autres auteurs. Ce qui est surtout remarquable c'est que dans l'hyperostose frontale ou syndrome de Morgagni, on observe très souvent des maux de tête (3 fois chez les malades de S. et N.), des accès (3 fois), des troubles neurologiques comme la parésie et des psychoses comme la démence. Néanmoins, on ne peut pas toujours attribuer la même signification à l'hyperostose frontale car on la rencontre chez des jeunes femmes, chez des sujets atteints de psychose présénile ou présentant une tumeur hypophysaire caractérisée, chez des obèses, ou encore au voisinage de la ménopause. C'est ce dernier cas qui est le plus fréquent. L'acromégalie a été souvent rencontrée. D'ailleurs, l'augmentation de la selle turcique et le syndrome de Cushing montrent qu'en pareil cas il faut, avant tout, comme Henschen le remarque, songer à l'hypophyse.

P.-E. Morhardt.

### CASOPIS LEKARU CESKYCH
### (Prague)

**Marsalek** et **Cernoch.** ***Aspects radiologiques de quelques processus inflammatoires suppurés de l'appareil génital féminin*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 34, 26 Août 1938, p. 997-1005). — Les rapports que contractent les collections suppurées de la sphère génitale féminine, aussi bien avec le péritoine qu'avec le tractus digestif, méritent d'être précisés avant l'acte opératoire. Les images radiologiques sont précieuses à ce point de vue. Les annexites bilatérales entraînent souvent une sténose du côlon sigmoïde, l'aspect en entonnoir des extrémités contrastant avec la forme rubanée de la région moyenne. Celle-ci est en général repoussée vers le haut, mais ses plis longitudinaux et transversaux ne sont pas modifiés et les contours du psoas restent précis. Certaines métastases néoplasiques du cul-de-sac de Douglas provoquent un tableau analogue.

La paramétrite postérieure s'accompagne de sténose en tunnel du rectum. Les paramétrites latérales repoussent le côlon sigmoïde du côté opposé. Si le processus inflammatoire s'étend vers le haut et la crête iliaque, on note la dislocation médiane des segments intestinaux rétropéritonéaux et les signes de leur irritation. S'il s'étend en arrière, le profil du psoas s'efface ou devient flou. S'il s'étend en avant, on ne trouve aucun signe d'irritation intestinale mais le profil de la paroi abdominale antérieure perd sa netteté, comme dans les paramétrites antérieures, sans qu'il y ait, en général, de spasme urétral.

### SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Bâle)

**Edouard Jéquier** et **Odilo Mengis.** ***La fonction respiratoire dans un cas de poumon polykystique compliqué de pneumothorax*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 748-751). — Les kystes du poumon ont été souvent considérés comme des bronchectasies congénitales. Il est possible également que dans ces lésions intervienne une persistance d'atélectasie physiologique avec atrophie secondaire des alvéoles et dilatation des bronchioles afférentes. D'autres auteurs considèrent que, bien souvent, ces kystes seraient consécutifs à des affections aiguës ou chroniques de l'appareil respiratoire remontant à la première enfance.

Dans un cas observé par J. et M., il s'agit d'un homme qui a présenté les symptômes d'un pneumothorax gauche à la suite d'un traumatisme violent de la cage thoracique. Ce malade présente de la cyanose des mains. Le décubitus, avec la tête en position basse, détermine une expectoration abondante qui ne contient pas de bacilles acido-résistants. A l'examen radiologique, on constate que la plage pulmonaire gauche présente un dessin irrégulier, « en rayon de miel », se détachant bien sur les tomographies. L'injection intra-bronchique de lipiodol montre que ces formations kystiques communiquent avec les voies respiratoires. On doit exclure l'existence de caverne tuberculeuse ou d'abcès multiples.

L'examen des fonctions pulmonaires montre que la réserve fonctionnelle est diminuée d'environ 30 pour 100, ce qui explique la dyspnée d'effort et l'absence de trouble pour les besoins courants. La saturation d'oxygène du sang artériel atteint 93,7 au lieu de 97 pour 100. L'espace mort constitué par les kystes doit diminuer la tension alvéolaire de l'oxygène, d'où insuffisance de saturation du sang qui conserve pour une part ses caractères veineux. Cependant, la tension de $CO_2$ est normale. Le pneumothorax a pour effet, dans les tuberculoses pulmonaires, entraînant une désaturation en $O_2$, une amélioration de la saturation en restreignant l'importance du court-circuit réalisé dans le poumon malade. Il ne semble pas en avoir été de même chez ce malade, qui ne présentait ni dyspnée, ni cyanose avant le pneumothorax. L'introduction artificielle de 250 $cm^3$ dans la plèvre, siège du pneumothorax spontané, a augmenté encore la désaturation (91 pour 100). Il est impossible de préciser quelle est la part, dans la genèse de cette hypoventilation, respectivement du pneumothorax et des particularités du tissu pulmonaire.

P.-E. Morhardt.

# REVUE DES JOURNAUX

## LE BULLETIN MÉDICAL
### (Paris)

**J. Balaize. *Un nouveau mode d'exploration du système végétatif. Le réflexe oto-cardiaque*** (*Le Bulletin médical*, t. **52**, n° 37, 10 Septembre 1938, p. 660-662). — Une excitation du conduit auditif externe peut être suivie de modifications réflexes dans l'appareil cardio-vasculaire.

Chez le lapin, par torsion de l'oreille à sa base, on obtient un ralentissement du pouls de 40 à 25 pour 100.

Chez l'homme, on recherche le réflexe en tirant le pavillon de l'oreille, en arrière et en haut, de façon à bien voir le conduit auditif externe et, avec une sonde cannelée, on gratte la partie moyenne du conduit auditif externe dans sa demi-circonférence postérieure. Cette recherche faite avec douceur ne doit éveiller aucune douleur. Il faut éliminer, par un temps de repos, le facteur émotionnel et compter les pulsations avant, pendant et après la recherche du réflexe, pour éviter les erreurs.

La fatigue, le bruit, les distractions, le rire, une oreille sale, un bouchon de cérumen et, surtout, l'émotivité sont des facteurs défavorables. Les résultats obtenus sont analogues à ceux du réflexe oculo-cardiaque.

En présence d'un réflexe otocardiaque nul ou inversé, on peut penser à un état de vagotonie.

L'interprétation des résultats doit être prudente; il faut éviter de trop schématiser; cependant, l'étude des réponses obtenues et de leur intensité traduit les variations d'excitabilité et d'instabilité du système vago-sympathique.

Robert Clément.

## JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
### (Paris)

**R. Heim de Balsac. *Visibilité radiographique de l'oreillette gauche au sein de la masse cardiaque*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **22**, n° 5, Mai 1938, p. 215-221). — H. de B. appelle l'attention sur le fait que les progrès de la technique radiologique permettent désormais de reconnaître, sur un cliché de la masse cardio-vasculaire, des différences de densité appréciables: bord gauche de l'aorte descendante, valvules cardiaques, quand elles sont suffisamment imprégnées d'éléments minéraux, calcifications, oreillette gauche enfin, quand elle est augmentée de volume.

H. de B. rappelle les résultats de ses recherches sur l'oreillette gauche par opacification *post mortem*, et les constatations que permet de faire l'examen radiologique *in vivo*.

En règle générale, l'augmentation de volume de l'oreillette gauche s'observe plus particulièrement dans les cardiopathies mitrales (par extension de l'inflammation rhumatismale à l'oreillette), mais H. de B. a pu la rencontrer dans quelques cas de cardiopathies congénitales (maladie de Roger, sténose pulmonaire...) et pense qu'une communication interauriculaire peut coexister avec l'affection.

Des téléradiographies instantanées, prises avec un rayonnement assez pénétrant, permettent de voir sur le centre droit de l'ombre cardiaque une opacité en forme de disque qui correspond à l'oreillette gauche augmentée de volume, mais dont il convient d'établir le diagnostic différentiel avec une tumeur médiastinale, quelle qu'en soit la nature, ou un anévrysme de l'aorte, qui peuvent réaliser au sein de la masse cardiaque des opacités analogues.

Morel Kahn.

## KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Leipzig)

**H. Hippe et K. Hähle. *La lymphangite carcinomateuse des poumons*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 917-919). — Parmi les tumeurs qui peuvent donner lieu par voie lymphatique à des métastases pulmonaires figurent, en première ligne, les cancers des bronches, du sein et de l'estomac, plus rarement de la vésicule et de la prostate. Cette lymphangite fait apparaître, aux rayons Rœntgen, des images qui ne diffèrent des images normales que par leur intensité. En effet, la lymphangite accentue simplement le dessin des vaisseaux sanguins. Il n'est donc pas possible de faire le diagnostic de lymphangite carcinomateuse sans que l'état du malade fasse soupçonner ou diagnostiquer l'existence d'un cancer. En face de ces images, on doit donc penser: 1° à des poumons de stase; 2° à de la tuberculose fibreuse; 3° à des bronchectasies cylindriques des deux champs inférieurs; 4° à de la pneumokoniose et 5° à des phénomènes inflammatoires localisés.

Dans les 4 cas observés par H. et H. on a constaté des dessins pulmonaires avec ramifications en réseaux et taches. Il s'agissait de sujets jeunes (22 à 29 ans) présentant un cancer gastrique primitif. Le diagnostic clinique ne fut fait que dans un cas où la tumeur put être mise en évidence. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, dans un état cachectique, présentant au-dessus de l'ombilic une tumeur mobile de la grosseur d'une pomme; une laparotomie confirma le diagnostic de cancer gastrique. Dans les trois autres cas, le cancer de l'estomac fut une découverte d'autopsie.

P.-E. Morhardt.

**Erik Trier. *Les variations saisonnières de l'acide ascorbique du sérum*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 28, 9 Juillet 1938, p. 976-979). — Les variations de la teneur en vitamine C sous l'influence du régime usuel au Danemark ont été étudiées par T. pendant une année, au moyen de la méthode de Lund et Lieck, méthode qui donne toujours une bonne concordance dans les déterminations doubles. Il a été ainsi procédé à un total de 1.387 analyses sur des échantillons de sang de malades non choisis, chez lesquels une prise de sang avait dû être faite pour d'autres raisons.

Chez 700 malades apyrétiques présentant une affection médicale ou chirurgicale, il a été trouvé en milligramme, pour 100 $cm^3$ de sérum, au maximum 0,50 (Juillet) et au minimum 0,18 (Mai). Dès la seconde moitié de Juin les chiffres commencent à s'élever (0,30). Le sexe et l'état d'embonpoint n'ont pas de signification. Mais la concentration diminue avec l'âge.

Sur un ensemble de 75 malades fébricitants ou présentant une affection purulente apyrétique (salpingite, ostéomyélite, arthrite purulente), il a été trouvé des concentrations faibles.

A quatre reprises le sérum était complètement dépourvu d'acide ascorbique. L'un de ces malades était atteint de scorbut, tandis que les trois autres ne présentaient pas de symptômes scorbutiques (la résistance capillaire ne fut pas examinée).

On a pu réunir des renseignements sur le régime suivi par une série de malades avant leur entrée à l'hôpital et constater ainsi que la teneur en acide ascorbique du sérum correspond bien à la quantité de ce principe que le régime habituel comporte. De plus, il a été noté qu'avec un régime riche en pommes de terre nouvelles, il est possible, en été, d'obtenir une concentration dans le sang de 0,50. En automne, pour obtenir le même résultat, il faut ajouter une demi-tomate ou des quantités assez importantes de fruits. En hiver et au printemps, il faut, par contre, trois oranges ou citrons par semaine et c'est en Juin, deux ou trois semaines après l'arrivée des pommes de terre nouvelles sur le marché, que les concentrations de 0,50 recommencent à être observées.

Il est difficile de savoir, au point de vue vitamine C, quelle est la valeur du régime hospitalier, car beaucoup de malades ajoutent des fruits au régime usuel. Chez 26 apyrétiques il n'a pas été constaté, sous l'influence du régime de l'hôpital, de modifications importantes de la teneur du sang en vitamine C.

P.-E. Morhardt.

**Günther Straube *Thérapeutique de la maladie de Simmonds*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 29, 16 Juillet 1938, p. 1016-1017). — S. donne l'observation d'une fillette de 14 ans qui, au début de la puberté, a commencé à présenter une anorexie invincible pour la viande et surtout pour la graisse. A l'entrée, sa taille est de 1 *m*. 53 pour un poids de 31 *kg*. En outre, on constate de l'hypotonie, une glycémie à la limite inférieure de la normale, etc. L'examen interférométrique montre qu'il y a un trouble net dans le système du lobe antérieur de l'hypophyse. L'action spécifique dynamique des protéines est légèrement diminuée. On administra tout d'abord à cette malade une préparation de préhypophyse (Preloban) puis, à côté d'autres traitements, on lui injecta de l'hypophyse de veau. Néanmoins, le poids tomba à 27 *kg*. puis à 27 *kg*. 7, malgré les tentatives thérapeutiques diverses. Enfin, sous l'influence d'extrait de lobe antérieur (Preloban), d'extrait de lobe postérieur (Tonephine) et d'hormone de la cortico-surrénale, on constata un brusque revirement avec augmentation de poids de 1 *kg*. en 3 jours. L'arrêt d'extrait de lobe postérieur détermina un arrêt immédiat de l'augmentation du poids. La cessation d'extrait de lobe antérieur a eu des effets analogues.

Chez une deuxième jeune fille de 27 ans, mesurant 1 *m*. 54 et pesant 25 *kg*. 5, on procéda à un traitement analogue et on eut l'occasion également de constater que les trois extraits, de lobe postérieur, de lobe antérieur et de corticosurrénale, sont nécessaires pour que le poids augmente d'une façon régulière.

Ainsi, en face d'un syndrome typique de maladie de Simmonds, on ne peut être certain qu'il y ait trouble exclusif des fonctions du lobe antérieur. Il faut, tout au contraire, admettre avec Kylin que, dans cette maladie, peuvent intervenir des troubles non seulement de l'hypophyse mais aussi du pédoncule de l'hypophyse et du diencéphale.

P. E. Morhardt.

**G. W. Parade** et **W. Lehmann.** ***Angine de poitrine chez des jumeaux univitellins*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 30, 23 Juillet 1938, p. 1036-1040). — Les publications relatives à l'hérédité de l'angine de poitrine sont encore assez rares. P. et L. donnent dans ce travail l'observation de deux jumeaux, âgés de 55 ans, dont le père est mort à 78 ans d'artériosclérose et dont une sœur souffre également du cœur. Il semble que les deux jumeaux soient univitellins car leur mère elle-même avait de la peine à les distinguer. L'un d'eux, Carl, a présenté de l'hypertension, de l'asthme cardiaque et un diabète léger, puis il est mort, comme l'a montré l'autopsie, d'un infarctus du cœur par thrombose du rameau descendant de la coronaire gauche. L'autre, Henri, dont on ne sait pas s'il a été ou non diabétique, a commencé, lui aussi, à présenter, après des efforts physiques, des symptômes pouvant être considérés comme d'origine cardiaque (dyspnée). Finalement on a constaté tous les symptômes d'une angine de poitrine sévère qui a entraîné une mort cardiaque presque exactement comme l'autre jumeau. Ces deux sujets avaient vécu chez leurs parents jusqu'à 18 ans, puis loin l'un de l'autre. Ils épousèrent cependant deux sœurs.

Bien que des facteurs externes comme une vie agitée, l'excès de tabac, etc., puissent intervenir dans la pathogénèse des scléroses coronariennes avec angine de poitrine, on doit cependant considérer que des phénomènes héréditaires ont une importance beaucoup plus considérable encore. Effectivement, dans ces deux observations, une même disposition a fait apparaître au même moment, chez les deux jumeaux, une maladie identique : angine de poitrine d'ailleurs précédée d'hypertension. La disposition héréditaire constatée chez ces deux malades est bien mise en évidence par le fait qu'une sœur plus jeune présente également de l'hypertension et une insuffisance des coronaires.

Il est vrai que, par ailleurs, l'angine de poitrine est souvent observée à cet âge chez des sujets qui occupent, comme ceux-ci, des postes élevés dans l'administration ou dans la politique. Néanmoins, l'analogie entre les deux sujets est trop grande pour qu'elle puisse être considérée comme une simple coïncidence.

P.-E. Morhardt.

**H. W. Sachs** et **W. Steffel.** ***La signification de l'épreuve de Gordon dans le diagnostic de la lymphogranulomatose*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 30, 23 Juillet 1938, p. 1043-1046). — Gordon a établi qu'une suspension de ganglions lympho-granulomateux injectée dans le cerveau de lapin provoque un syndrome très caractérisé (spasmes surtout des extrémités postérieures, rigidité musculaire, convulsions, etc.). On a d'ailleurs discuté beaucoup pour savoir si le principe actif est un virus invisible, une neurotoxine provenant des ganglions lymphatiques ou un corps voisin des ferments et on n'a pas pu arriver à un accord. Quoi qu'il en soit, cette épreuve est capable d'aider au diagnostic. Un certain nombre de sujets lymphogranulomateux — comme une biopsie l'avait établi — examinés à ce point de vue, ont tous donné lieu à une réaction positive sauf un. Cette exception présentait déjà une transformation fibreuse des ganglions. Au contraire, dans une série d'autres cas, où il ne s'agissait pas de lymphogranulomatose, l'épreuve a été constamment négative.

Dans un cas de la première série, le diagnostic clinique avait été fait avant qu'on procédât à l'épreuve de Gordon. Dans une série de cas où le diagnostic n'avait pas été fait, l'épreuve de Gordon a été deux fois positive. Ce diagnostic fut une fois confirmé par la clinique. Il a été également publié dans la littérature deux cas (Ogilvie et Van Rooyen) dans lesquels l'épreuve de Gordon a été positive avant l'examen clinique ou histologique, le diagnostic ayant été confirmé ultérieurement. Néanmoins, il y a lieu de noter que, chez un même sujet, deux ganglions différents peuvent donner des résultats différents, comme le montre une observation de S. et S. Pour éviter pratiquement les erreurs, S. et S. divisent chaque ganglion en deux parties, dont l'une est soumise à un examen histologique et l'autre injectée dans le cerveau du lapin.

P.-E. Morhardt.

**R. Boller** et **W. Pilgerstorfer.** ***L'hypoglycémie par emploi de protamine-zinc-insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 31, 30 Juillet 1938, p. 1065-1068). — La plupart des auteurs qui se sont occupés de la protamine-zinc-insuline (PZI) ont remarqué que les crises d'hypoglycémie qui surviennent sous cette influence ont une autre évolution que celles des anciennes insulines. La raison en est, sans doute, que, sous l'influence de cette nouvelle préparation, la chute de la glycémie est plus progressive. Mais, par ailleurs, il semble qu'avec elle, les crises d'hypoglycémie surviennent souvent pendant la nuit et peuvent être graves parce qu'elles sont prolongées.

B. et P. donnent ainsi deux observations dans lesquelles la crise d'hypoglycémie par PZI entraîna la mort. Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 57 ans; 18 heures après administration de 20 unités, ce malade, qui présentait un diabète sévère, fit une crise d'hypoglycémie très grave dont il mourut, malgré l'administration renouvelée d'hydrates de carbone. Dans ce cas, l'autopsie montra qu'il y avait hypertrophie de la corticosurrénale. On doit admettre que cet organe, siège de la contre-régulation, était insuffisant.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 57 ans qui présentait du diabète et qui mourut d'hypoglycémie incoercible. Ce malade présentait d'ailleur un cancer du poumon avec métastase dans le foie et dans la moelle des surrénales. Dans ces deux cas, le traitement insulinique avait provoqué l'apparition d'un œdème mou qui disparut avant le début de la catastrophe.

Dans leur ensemble, les observations faites par B. et P. montrent qu'au cours de l'hypoglycémie par PZI il ne survient pas les symptômes végétatifs (sueurs, fringales, tachycardie) qui s'observent avec l'ancienne insuline et qui empêchent de continuer l'administration du médicament. Par contre, avec cette nouvelle préparation, les symptômes neurologiques sont beaucoup plus fréquents qu'autrefois; il s'agit surtout de troubles de l'équilibre et de vertiges; parfois aussi de tremblements fins; par contre, les convulsions toniques et cloniques sont plus rares, mais la déviation conjuguée et la parésie du nerf moteur oculaire externe sont observées, de même que le rire et le pleurer spasmodiques et que des symptômes peu caractéristiques, comme un état de malaise, de la céphalée, de l'inquiétude et de l'insomnie.

Les symptômes circulatoires, comme, par exemple, l'abaissement de la pression du sang, sont un signe grave. Il y a lieu d'admettre que l'œdème observé chez les deux sujets décédés constitue une contre-indication absolue de la PZI, car ce symptôme témoigne d'un effondrement de la contre-régulation qui se trouve, par cette nouvelle préparation, soumise à une dure épreuve. Les surrénales ne la supportent pas toujours. On pourrait admettre que les pertes de chlorure de sodium par le suc gastrique ou la sueur sont très élevées en cas d'hypoglycémie due à l'ancienne insuline et que, sous l'influence de la nouvelle préparation, il se produise au contraire une rétention de chlorure de sodium qui disparaît immédiatement avant la mort. Au point de vue thérapeutique, B. et P. remarquent que l'administration de fortes doses d'hydrates de carbone et notamment de sérum glucosé n'a pas beaucoup d'effets. Le mieux est d'administrer 1 *mg.* d'adrénaline et, en même temps, des hydrates de carbone. Les cardiotoniques sont également indiqués. Les injections intraveineuses continues de glucose avec chlorure de sodium et un peu d'adrénaline paraissent agir d'une façon favorable. Le recours à l'insuline ancienne serait indiqué si la glycémie s'élève pour atteindre les chiffres observés dans le diabète.

P.-E. Morhardt.

## DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

**Ludwig Heilmeyer.** ***La pathogénèse de la vraie chlorose*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **182**, n° 2, 1938). — A la clinique d'Iéna on a eu l'occasion d'observer, pour la première fois depuis 10 ans, deux cas de chlorose sévères. L'examen de ces malades a été fait d'une façon très complète aussi bien au point de vue somatique qu'au point de vue des conditions de vie. Dans un premier cas, il s'agit d'une couturière de 18 ans qui se plaint de lassitude croissante et qui devient d'une pâleur frappante. Elle présente en outre de la somnolence, des accès de vertige, des palpitations, etc. Les règles sont régulières. Son alimentation est constituée par des soupes à l'eau, des pommes de terre, de la viande deux fois par semaine et des légumes frais une fois par semaine, mais pendant l'été seulement. La malade pèse 52 *kg.* et mesure 1 *m.* 69; pouls jusqu'à 110; pulsations énergiques des artères rétiniennes; ptose et atonie gastrique; acidité gastrique, 44 pour HCl libre. Dans le sang on trouve 49 pour 100 d'hémoglobine, 4,3 millions d'érythrocytes avec index colorimétrique de 0,56. La formule leucocytaire est fortement déplacée vers la gauche. Au microscope, les érythrocytes paraissent avoir pris une forme annulaire et un index de sphéricité de 0,15 au lieu de 0,30, chiffre normal. Le taux du fer tombe, avant le début du traitement, à 4 γ pour 100 *g.* et, sous l'influence du traitement, remonte d'abord à 27 γ pour atteindre 91 γ à la fin du traitement.

Les épreuves de résorption du fer ont consisté à administrer à jeun 1 *g.* de fer réduit *per os.* Au début, il a pu être ainsi constaté que la résorption était nulle alors qu'elle était devenue bonne à la fin du traitement.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une jeune fille de 40 *kg.* et de 1 *m.* 56 dont l'observation est assez semblable (index colorimétrique : 0,8; fer du sérum : 38 γ; index de sphéricité : 0,25). Elle ne consomme pas volontiers des légumes. Chez cette dernière, la résorption du fer réduit était également au début très mauvaise.

Ainsi, dans ces deux cas, le fer du plasma était très diminué, de même que l'index de sphéricité. La lassitude observée chez ces deux malades doit être considérée comme une adynamie par carence de fer qu'on peut également déclencher expérimentalement. Il y aurait donc là un phénomène assez analogue à une hypovitaminose. Cette conception est confirmée par les effets remarquables du fer. On doit noter de plus que dans cette affection intervient un facteur constitutionnel car, dans la première observation, la mère de la jeune fille avait été aussi chlorotique. En outre, la chlorose survient vers la fin de la période de croissance, c'est-à-dire à un moment où les besoins du fer sont particulièrement élevés, soit pour constituer les muscles, soit pour satisfaire aux besoins de la menstruation. Par ailleurs, ce qui manque dans le régime des chlorotiques, ce n'est pas tant le fer lui-même que la vitamine C, qui constitue un facteur de résorption important en transformant les sels ferriques en sels ferreux. C'est un phénomène du même genre qui explique l'anémie des nourrissons soumis au lait de vache, anémie qui relève non pas de l'insuffisance de fer, mais de l'insuffisance de vitamine C. Enfin, un troisième facteur est constitué par le trouble de la résorption, phénomène qui permet de comprendre que, pour trai-




# CHLORO-CALCION

ter ces malades, des doses considérables de fer soient nécessaires. Ce trouble serait dû à une anomalie fonctionnelle de la muqueuse du grêle, anomalie qui s'accompagne d'ailleurs d'une ptose et d'une atonie gastrique marquée. On serait tenté d'admettre que la résorption du fer soit, elle aussi, régie par un centre nerveux, ce qui expliquerait l'apparition de la chlorose après le surmenage ou après des chagrins d'amour, comme l'avaient noté les anciens observateurs.

P.-E. Morhardt.

### MEDIZINISCHE KLINIK

**(Berlin, Prague, Vienne)**

**Tyndel** et **Tamler** (Cernauti). ***Examen radiographique de l'estomac en cas de pellagre*** (*Medizinische Klinik*, t. **34**, n° 33. 19 Août 1938, p. 1090-1091). — Depuis longtemps certains troubles gastriques ont été observés au cours de la pellagre (inappétence, vomissements, douleurs gastriques...).

Il semble que ces symptômes résultent principalement d'une achylie plus ou moins complète ; cette achylie, d'ailleurs, provoque souvent des diarrhées.

T. et T. pensent que l'étiologie de la pellagre est encore insuffisamment précisée. Les théories invoquant une origine infectieuse ou une avitaminose sont insuffisantes. On a pu constater un certain parallélisme entre la pellagre et l'anémie pernicieuse. C'est pourquoi il serait nécessaire de tenir compte, dans la pathogénie de cette maladie, des troubles fonctionnels gastriques.

T. et T. ont donc examiné radiographiquement 13 malades, dont 7 hommes et 6 femmes. Ils ont pu observer, dans 8 cas, des syndromes psychiques, et dans 6 cas, une atonie gastrique.

L'examen du suc gastrique a montré, dans tous les cas, une achylie manifeste avec hypochlorhydrie atteignant, dans deux cas, moins 30. Les malades furent passés à la radio à jeun après absorption de sulfate de baryum. Dans 4 cas seulement, l'estomac avait une forme normale; dans tous les autres, il était plus ou moins dilaté ou allongé. Dans 3 cas, le bord inférieur était descendu de plus d'un travers de main au-dessous de la crête illiaque. La contenance en gaz du tube digestif était nettement augmentée dans tous les cas.

L'un des symptômes les plus importants relevés par T. et T. fut la disparition plus ou moins complète des replis de la muqueuse gastrique qui, bien qu'encore visible, a montré partout une structure extrêmement fine.

Dans 11 cas sur 13, l'atrophie de la muqueuse était totale.

G. Haussen.

### DIE MEDIZINISCHE WELT

**(Berlin)**

**S. Thaddea.** ***Surrénales et circulation*** (*suite*) [*Die Medizinische Welt*, t. **12**, n° 30, 23 Juillet 1938]. — Le syndrome clinique des tumeurs de la moelle des surrénales est caractérisé par l'arrivée dans le sang d'une quantité importante d'adrénaline, ce qui entraîne de la tachycardie et une élévation de la pression sanguine allant jusqu'à 300 mm. de Hg. Ces accès d'élévation de la pression sanguine, qui surviennent tout d'abord isolément, augmentent peu à peu de fréquence et d'intensité. C'est dans ce groupe qu'il faut ranger les crises d'hypertension décrites par Pal. Ces phénomènes entraînent finalement des altérations scléreuses des parois vasculaires. Quant aux crises d'angine de poitrine qui prennent l'apparence d'une crise hypertensive de ce genre, elles peuvent être dues à l'arrivée dans le sang d'une quantité d'adrénaline physiologique qui suffit cependant à déclencher le syndrome, parce que le cœur n'est pas bien irrigué. C'est pourquoi la méthode d'irradiation des surrénales aux rayons Roentgen, recommandée par Raab (600 r par surrénale) se montre souvent efficace.

Le collapsus vasculaire doit être attribué à une insuffisance de la régulation périphérique de la circulation avec chute de la pression sanguine, diminution du volume du sang circulant, etc. En pareil cas, le chlorure de sodium peut être en cause. Mais le fait principal est que l'apport de sang vers le cœur devient insuffisant. L'adrénaline et l'éphédrine sont alors les médicaments les plus aptes à exercer une action constrictive périphérique. Elles ne sont cependant pas sans inconvénient. Aussi a-t-on dû chercher à lui substituer des dérivés moins énergiques (Sympatol).

Le groupe de la digitale ne doit pas être négligé parce qu'il fait sentir ses effets sur l'irrigation du myocarde, irrigation qui, pendant le collapsus, n'est pas normale. Les préparations digitaliniques améliorent également l'irrigation rénale. Des médicaments, comme par exemple la lobéline, agissent indirectement en stimulant la respiration, ce qui retentit secondairement sur la circulation. Enfin, en dehors des analeptiques centraux, dont le type est le camphre et la strychnine, on doit mentionner le mélange d'acide carbonique et d'oxygène.

Ainsi, l'étude des relations entre les surrénales et la circulation permet d'envisager les phénomènes d'un point de vue fonctionnel qui favorise la compréhension de beaucoup de points spéciaux de la thérapeutique.

P.-E. Morhardt.

### ARCHIV FUR KINDERHEILKUNDE

**(Stuttgart)**

**Elmar Türk** (Vienne). ***Maladie de Still avec issue fatale en agranulocytose*** (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. **114**, 2e fasc., 14 Juin 1938, p. 65-88). — T. décrit un cas de maladie de Still suivi régulièrement pendant 5 années, notamment au cours de séjours répétés à l'hôpital. Il étudie plus particulièrement la maladie sous son aspect hématologique, cette étude n'ayant guère été entreprise jusqu'ici.

Contrairement aux autres auteurs qui ont constaté une tendance à la leucopénie avec lymphocytose, T. a le plus souvent noté chez son petit malade une leucocytose neutrophile avec présence de nombreux éosinophiles. Avec les progrès de la maladie il a constaté une tendance croissante à la leucopénie, mais sans changement appréciable au point de vue du pourcentage des divers éléments.

A deux reprises, il a pu constater toutefois une augmentation proportionnelle importante des lymphocytes : au début de la maladie avec un stade de leuco- et de neutropénie qui ne fut que transitoire et à la fin, lorsque apparut l'agranulocytose qui n'a pas encore été signalée dans la maladie de Still. La première période de neutropénie fut attribuée à une intoxication arsenicale avec atteinte de la moelle osseuse.

Au point de vue bactériologique, T. n'a pu, durant la vie du jeune patient, mettre en évidence les éléments *viridans* décrits par Leichtentritt et Bennholdt-Thomsen-Stickl, car les hémocultures restèrent négatives. *Post mortem* il a pu isoler des streptocoques, qui ne purent être rattachés au groupe *viridans* en raison de leur propriété fortement hémolysante. Les constatations cliniques et hématologiques laissent supposer cependant qu'il s'agit d'une infection chronique, notion qui n'est pas contredite par les résultats de l'autopsie.

Au point de vue thérapeutique, T. recommande les vaccins streptococciques, le prontosil, les stases sanguines selon la méthode de Bier, l'air pur, les médications toniques.

G. Schreiber.

### O HOSPITAL

**(Rio-de-Janeiro)**

**M. Vaz de Mello.** ***Syndrome céphaloplégique de F. Figueira*** (*O Hospital*, vol. **13**, n° 6, Juin 1938, p. 1015-1019). — V. de M. eut l'occasion, à la suite d'une série de cas de maladie de Heine-Médin, d'observer une enfant chez qui il diagnostiqua une forme abortive de cette affection ou syndrome de F. Figueira.

Enfant, âgée de 20 mois. Antécédents normaux. Huit jours avant l'examen l'enfant fit une angine avec température à 38°. Quatre jours après, l'enfant ne peut plus soutenir sa tête qui tombe sur la poitrine. La marche devient hésitante et l'équilibre est rapidement troublé. L'examen ne révèle aucune lésion des organes. Les membres inférieurs sont normaux. Une ponction lombaire donna un liquide clair (cellules = 18 par mm.). Réactions des globulines = positives [None-Apelt]. Glucose = 0.71 pour 1.000. Un mois après, l'enfant a de nouveau un port de tête normal, mais on note l'apparition d'un strabisme léger. Neuf jours après, aucun symptôme ne subsiste. La céphaloplégie a duré douze à treize jours, cédant ainsi à la seule médication employée : l'Urotropine.

Signalé pour la première fois en 1914 par F. Figueira, il fut considéré par ce dernier comme une forme abortive de la maladie de Heine-Médin.

V. de M. a immédiatement pensé au syndrome de Figueira, par suite de l'apparition subite de la céphaloplégie suivie de guérison spontanée rapide. L'enfant ayant été en contact avec des paralytiques infantiles. De plus, le diagnostic s'est trouvé confirmé par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Enfin, il ne fut possible de déceler d'affection capable de provoquer des complications nerveuses.

Robert Coronel.

**F. de O. Bastos.** ***Syndrome de Brown-Séquard*** (*O Hospital*, vol. **13**, n° 6, Juin 1938, p. 1019-1055). — Après quelques commentaires d'ordre général, O. B. nous rapporte 10 observations complètes de syndromes de Brown-Séquard. Ces observations, faites dans le Service de Neurologie de la Faculté de Médecine de Sao-Paulo, se divisent, quant aux causes déterminantes des lésions médullaires, comme suit : 6 sont d'origine traumatique, 1 cas est dû à une compression par tumeur, 1 autre est causé par une compression par arachnoïdite, 1 est d'origine syphilitique. Enfin, le dernier cas est dû à une myélite de nature infectieuse indéterminée.

A propos de chacun de ces cas, O. B. émet quelques considérations cliniques, étiologiques et thérapeutiques fort intéressantes, comme l'opportunité et les contre-indications de la laminectomie dans les syndromes d'origine traumatique, les résultats de la radiothérapie profonde, le mécanisme des formes atypiques selon la physiopathologie médullaire et les voies de la sensibilité.

Robert Coronel.

**M. C. de Mota Maia.** ***La sympathicotomie cervico-thoracique comme moyen de contribution à l'étude des syndromes paroxystiques respiratoires*** (*O Hospital*, vol. **13**, n° 6, Juin 1938, p. 1077-1111). — Après avoir passé en revue les diverses techniques opératoires et nous avoir fait part de ses résultats dans l'asthme, M. M. arrive aux conclusions suivantes : L'identité d'origine des deux systèmes nerveux justifie l'existence de centres sympathiques dans l'axe cérébro-spinal. L'étude morphologique et physiologique du vago-sympathique cervical démontre l'impossibilité d'une dissociation parfaite des fibres de ces deux systèmes.

Dans l'asthme, le syndrome bronchique domine le tableau clinique, et le traitement chirurgical est conditionné par ce fait : toute neurotomie supprimant la contraction bronchique fait dispa-

raître les syndromes aigus mais ne supprime pas « l'évolution silencieuse » de la lésion organique. Le succès de l'intervention dépend donc, pour une grande part, de la constitution histologique des fibres vago-sympathiques, et leur évolution biologique post-opératoire a une importance capitale pour le résultat final. Et la régénération nerveuse de ces fibres, linement anastomosées, après neurotomie, provoque l'échec du traitement chirurgical.

L'arrachement du ganglion cervical supérieur provoque l'apparition d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, caractérisé par des perturbations vaso-motrices, des altérations du globe oculaire.

Les électrocardiogrammes et les examens de laboratoire auxquels s'est livré M. M. ont montré que les perturbations post-opératoires sur les rythmes cardiaques et respiratoires sont insignifiantes.

ROBERT CORONEL.

### ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

**Olof Slöqvist** (Helsingfors). ***Etude de la conduction de la douleur dans le nerf trijumeau*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, suppl. **XVII**, Helsingfors, 1938). — Cette thèse comporte une étude analytique de la dimension des fibres de la racine et du faisceau bulbo-spinal du trijumeau. S., admettant que les fibres conductrices des sensations douloureuses sont de petite dimension, les localise dans la partie supérieure de la racine sensitive. Dans le faisceau bulbo-spinal, les fibres ont un très petit calibre qui diminue progressivement vers le bas, si bien que l'on peut penser qu'au niveau inférieur du noyau il n'existe plus que des fibres conduisant la douleur.

C'est en partant de cette idée que S. propose une nouvelle méthode opératoire de la névralgie faciale qui consiste à sectionner, par la voie postérieure, le faisceau bulbo-spinal du trijumeau, à l'exemple de la cordotomie au niveau de la moelle. L'incision doit être portée rigoureusement à la bonne place sous peine de léser les fibres de la racine du pneumogastrique, ce qui entraîne une paralysie unilatérale des cordes vocales. C'est le seul accident important de cette opération qui, par ailleurs, ne présente aucun risque. Elle est plus aisée à réaliser que la section pré-protubérantielle de la racine parce que la veine pétreuse ne gêne pas.

9 malades ont été opérés par cette nouvelle méthode avec d'excellents résultats. Guéris de leurs douleurs, ils conservent une sensibilité normale de la face.

Cette technique opératoire pourra rendre service si, au cours d'une intervention par voie postérieure, il ne paraît possible d'atteindre la racine et quand les douleurs récidivent après section totale de la racine. Elle est seule indiquée dans les névralgies faciales atypiques et dans celles consécutives au zona.

A noter enfin qu'après section du faisceau spinal du trijumeau la sensibilité profonde de la face est toujours abolie.

ANDRÉ SICARD.

### ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

**A. T. Kenyon.** ***Effet du propionate de testostérone sur les organes génitaux, la prostate, les caractères sexuels secondaires et le poids du corps dans l'eunuchisme*** (*Endocrinology*, t. **23**, n° 2, Août 1938, p. 121-135). — K. a traité 4 sujets eunuchoïdes par le propionate de testostérone à la dose de 25 *mg.* par jour administrée par voie intramusculaire de 5 à 7 fois par semaine, pendant un laps de temps prolongé (78 à 100 jours). Ensuite, chez 3 d'entre eux, on fit 10 à 25 *mg.* de 3 à 7 fois par semaine, avec des interruptions, jusqu'à 108 et 163 jours. Chez tous les patients on nota une augmentation rapide des érections, chez 3 d'entre eux une augmentation de taille de la verge, chez tous une augmentation de volume de la prostate, chez 2 la voix devint plus grave, chez 3 enfin la pilosité s'accrut. Il se produisit chez un sujet de l'hypertrophie du tissu mammaire. La taille des testicules ne se modifia pas chez les 2 sujets étudiés à cet égard et chez l'un d'eux les spermatozoïdes disparurent durant le traitement pour reparaître plus tard. Chez ces 4 patients on observa une augmentation marquée du poids du corps, accompagnée chez 2 d'un accroissement de l'appétit et chez 2 autres d'un œdème notable. Il y avait augmentation légère du métabolisme basal chez un des sujets.

P.-L. MARIE.

**A. T. Kenyon, I. Sandifort, A. H. Bryan, K. Knowlson** et **F. C. Koch.** ***Effet du propionate de testostérone sur le métabolisme de l'azote, des électrolytes et de l'eau dans l'eunuchisme*** (*Endocrinology*, t. **23**, n° 2, Août 1938, p. 135-154). — Le propionate de testostérone injecté par voie intramusculaire chez 4 sujets eunuchoïdes, dont l'un présentait une affection hypophysaire, détermina, en même temps qu'une augmentation de la fréquence des érections et qu'un accroissement de la taille de la verge et de la prostate, une diminution marquée de l'excrétion urinaire de l'azote, se manifestant par la baisse de l'urée, sans changements notables des constituants azotés du sang et aboutissant à la rétention de 1 *g.* 16 à 4 *g.* 50 d'azote par jour. En même temps on notait une diminution du sodium de l'urine, correspondant à une rétention de 0 *g.* 33 à 0 *g.* 55 par jour, d'ordinaire avec rétention des chlorures. Le gain de poids observé relevait surtout de la rétention d'eau, associée à celle de sodium et d'azote. La créatinurie se montra diminuée chez 2 sujets, mais l'excrétion de la créatinine ne fut pas modifiée de façon notable. L'excrétion du potassium étudiée chez 2 patients diminua un peu. Chez 3 des 4 sujets le taux du métabolisme basal augmenta légèrement (6 à 14 points); le quotient respiratoire n'était pas modifié. Toutes ces anomalies disparurent avec la cessation du traitement.

Les auteurs soulignent les analogies qui existent entre l'action du propionate de testostérone sur l'excrétion des électrolytes et celle de certains composés chimiques voisins appartenant au groupe des hormones sexuelles et surrénales.

P.-L. MARIE.

**H. Rubinstein.** ***Effet de l'hormone d'urine de femme castrée sur le testicule*** (*Endocrinology*, t. **23**, n° 2, Août 1938, p. 171-175). — R. a établi que l'hormone stimulant les follicules obtenue à partir de l'urine de femmes castrées ou à la ménopause détermine une descente prématurée des testicules chez le rat normal impubère. Elle fait augmenter de façon notable le poids des testicules chez les rats pubères et impubères, son effet étant toutefois plus marqué chez les animaux les plus jeunes. Le tissu interstitiel se développe chez les rats, jeunes ou vieux, davantage chez les premiers. Le diamètre des tubes séminifères augmente chez les animaux adultes. Cette hormone détermine une augmentation de la prolifération des cellules séminales, se traduisant par le nombre des mitoses dans le testicule et la présence de cellules séminales plus ou moins différenciées dans les tubes de l'épididyme chez les rats impubères, alors que normalement ces tubes sont vides, l'épididyme servant alors à apprécier la fonction testiculaire. Malgré la prolifération des cellules germinales, la maturation n'est pas hâtée. L'hormone stimulant les follicules n'exerce pas d'action sur le développement général du corps.

P.-L. MARIE.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

**W. Arthur Mackey** et **Laurance D. W. Scott.** ***Traitement de l'apoplexie par infiltration à la novocaïne du ganglion stellaire*** (*British medical journal*, n° 4043, 2 Juillet 1938, p. 1-4). — En se servant de la méthode préconisée, en 1936, par Leriche et Fontaine, M. et S. ont traité 19 malades. Chez 9 d'entre eux, il y eut une amélioration clinique dans les minutes qui ont suivi l'injection.

Chez un sujet jeune, âgé de 26 ans, l'amélioration fut remarquable. Ce malade était dans un coma profond avec une hémiplégie gauche datant de 2 heures. Sitôt après une injection de 30 $cm^3$ de novocaïne à 1 pour 100 dans la région stellaire, le malade reprit connaissance et put donner des détails sur ses antécédents. L'hémiplégie n'avait point régressé. L'amélioration se maintint pendant plusieurs heures, puis le malade retomba dans le coma. Une seconde injection le sortit de nouveau du coma et, pendant 6 jours, il resta conscient: puis il retomba dans le coma et mourut 4 heures après. L'autopsie montra qu'il était atteint d'endocardite subaiguë et, dans l'hémisphère droit, on trouva un énorme foyer hémorragique de 15 *cm.* de diamètre, provenant de la rupture d'un anévrysme mycotique rompu. De plus, à la terminaison de la carotide interne gauche, on trouva un caillot s'étendant jusque dans l'artère cérébrale moyenne.

Dans les autres cas, l'amélioration fut moins grande: le coma diminua d'intensité, les malades répondirent à quelques questions, mais les paralysies régressèrent peu. Chez tous ces malades légèrement améliorés, le développement d'un syndrome de Claude Bernard-Horner indiqua que l'injection avait été faite correctement. Chez 5 malades, en dépit de l'apparition de ce syndrome, il n'y eut aucun effet. Dans un cas, il y eut des accidents respiratoires, produits sans doute par l'injection poussée dans une veine.

Ces résultats ne peuvent justifier l'application méthodique de ce traitement, ils sont encourageants pour une étude plus approfondie. Mais son application à des gens âgés ne peut que le discréditer, car il faut tenir compte de la valeur des tissus artériels.

ANDRÉ PLICHET.

**Victor Bonney, Charles Box** et **John Mac Lennan.** ***Bacilles tétaniques découverts dans une cicatrice opératoire, dix ans après un tétanos post-opératoire*** (*British medical journal*, n° 4043, 2 Juillet 1938, p. 10-11). — Il s'agit d'une femme de 31 ans, chez laquelle on pratiqua, en 1928, une myomectomie pour fibromes de l'utérus. 15 jours après l'opération : trismus, douleurs dans les membres, raideur dans la nuque; sérum antitétanique intra-rachidien par ponction sous-occipitale et lombaire et par injection intra-musculaire; cicatrisation de la plaie par première intention; guérison du tétanos.

10 ans après, en 1938, la malade revient voir le chirurgien pour de nouveaux fibromes. On décide de faire une hystérectomie. En raison du tétanos antérieur, on pratique, après désensibilisation, de nouvelles injections de sérum antitétanique.

Les cicatrices cutanées de la première intervention et la paroi antérieure de l'utérus furent ensemencées et on trouva des bacilles tétaniques avec des spores en culture pure dans certains tubes, associés à du staphylocoque dans d'autres tubes. Les cultures provenant de la paroi utérine restèrent stériles.

ANDRÉ PLICHET.

**E. W. Anderson.** ***Résultats éloignés du traitement par la benzédrine*** (*British medical journal*, n° 4044, 9 Juillet 1938, p. 60-64). — A. a administré la benzédrine à des doses quotidiennes

variant entre 5 et 45 mg. à 33 malades atteints de troubles mentaux divers et à 8 sujets bien portants. Les 33 malades comprenaient 28 psychoses dépressives, 2 états d'anxiété, 3 schizophrènes et 1 malade atteint de manie dépressive et de sclérose en plaques. Chez 15 d'entre eux, on dut arrêter le traitement à cause d'effets fâcheux et chez 2 autres à cause d'un effet nul. Chez 11 malades, le traitement parut donner une amélioration. Chez les 5 derniers, on n'observa aucun effet physique ou psychique.

Chez les 11 malades qui ont paru tirer un bénéfice du traitement, 3 seulement n'eurent aucun symptôme physique, c'est-à-dire que la benzédrine n'exerça son action que dans la sphère psychique. Les symptômes physiques furent surtout de la céphalée, des vertiges, des troubles cardio-vasculaires.

Chez les sujets normaux, on remarqua soit une augmentation ou une diminution des mictions, des douleurs thoraciques, des palpitations, des vertiges, de l'anorexie. Un seul ne ressentit aucun symptôme physique.

Au point de vue mental, les meilleurs résultats furent obtenus chez les psychoses dépressives. La benzédrine semble avoir une action au stade terminal de l'affection quand une amélioration spontanée a commencé à apparaître. L'action sur le sommeil est variable. Chez les sujets normaux, à l'exception de 2, on remarqua une augmentation de l'activité intellectuelle et physique.

En résumé, il semble que ce traitement, dans les psychoses dépressives, puisse transitoirement donner quelques heures de répit. La benzédrine doit être administrée avec précaution. La dose initiale ne doit pas dépasser 10 mg. et la dose journalière 30 mg. en deux fois.

André Plichet.

**R. Colley.** ***Une aveugle-née retrouve la vue à 22 ans*** (*British medical journal*, n° 4044, 9 Juillet 1938, p. 67-68). — Il s'agit d'une jeune fille aveugle par cataracte congénitale, intelligente, ayant une instruction aussi étendue que possible étant donné son état, sachant le Braille. Par des opérations portant sur les cristallins, on arriva à lui donner, après correction, une vision de 1/10 de l'œil gauche et de 1/20 de l'œil droit. Le strabisme convergent et le nystagmus qu'elle présentait diminuèrent.

C. fait une étude psychologique intéressante de cette vision tardive. Les couleurs, les formes, la perception de la troisième dimension, les mouvements des voitures ont dû être observés longtemps avant d'être appréciés dans leur valeur réelle. Ayant construit le monde en dehors de la réalité, cette jeune fille n'a pu comprendre que lentement ses nouvelles perceptions.

André Plichet.

**Max Greenberg.** ***Ablation par opération d'un fœtus parasite*** (*British medical journal*, n° 4045, 16 Juillet 1938). — Il s'agit d'un enfant mâle normal mais portant, rattaché par un pédicule à la région épigastrique, un jumeau incomplet. Ce jumeau incomplet se composait d'une paire de jambes et d'une ceinture pelvienne, sans cependant de colonne vertébrale. Au point de vue viscéral, ce fœtus parasite n'avait pas de cœur, pas d'anus perforé et il semblait dénué de toute sensibilité. Un examen baryté montra l'indépendance des estomacs et des intestins. Il y avait deux vessies sans communication.

Considérant ce parasite comme une tumeur, G. l'enleva en sectionnant le pédicule. L'exploration permit de voir que les viscères de l'enfant étaient normaux. On referma le péritoine. L'enfant normal guérit rapidement et, revu 6 mois après l'intervention, il était en excellente santé.

André Plichet.

**H. W. Swann.** ***Inflammation des anesthésiques par l'électricité*** (*British medical journal*, n° 4047, 30 Juillet 1938, p. 234-237). — Le grand nombre d'appareils électriques, employés dans les salles d'opération pour la lumière, la stérilisation, la ventilation, les instruments chirurgicaux, posent maintenant certains problèmes. Il est évident que l'anesthésie par des produits inflammables, tels que l'éther, rend possible une explosion. C'est ainsi qu'au cours de certaines opérations sur le nez, la bouche, chez des malades anesthésiés à l'éther, l'éclairage par une lampe électrique de la cavité peut être dangereux s'il y a un mauvais contact, s'il se produit une étincelle ou s'il y a un survoltage qui porte la température de la lampe à un degré plus élevé. Il y aurait donc lieu de placer dans le circuit une batterie-tampon.

D'autre part, bien souvent le malade est sur un chariot à roues caoutchoutées ou reposant sur un sol revêtu d'une matière isolante, il s'ensuit que le malade peut se charger d'électricité statique et que, dans certaines conditions atmosphériques, on peut tirer des étincelles de son corps. Il est donc de toute nécessité de mettre le chariot « à la terre ».

Un autre accident peut se produire, qui est d'ailleurs bien connu dans les raffineries d'essence, c'est l'inflammation à la détente des gaz anesthésiques comprimés dans des bouteilles, surtout quand on est amené à les mélanger à l'oxygène. Il faudrait mieux les distribuer par « pipe-line » à la salle d'opération et obtenir leur détente en deux fois.

Enfin, les chaussures en caoutchouc trop sec, par friction sur le plancher, peuvent charger le corps du chirurgien et de ses assistants d'électricité statique.

André Plichet.

**C. Wetzler-Ligeti** et **B. P. Wiesner.** ***L'action du sang sur le système réticulo-endothélial*** (*British medical journal*, n° 4051, 27 Août 1938, p. 444-447). — Dans de précédentes communications, W. et W. ont décrit les effets d'extraits pituitaires variés sur le système réticulo-endothélial (Reticulo-endothelial system = R. E. S.)

La rapidité de disparition du rouge congo injecté dans les veines mesure l'activité du système réticulo-endothélial. Certains extraits du lobe antérieur de l'hypophyse augmentent cette activité. Il existe donc, dans ces extraits, un facteur R. E. S.-tropique qui n'est identique ni à l'hormone gonadotropique, ni à l'hormone thyrotropique. Mais il existe également un facteur antagoniste qui inhibe le facteur R. E. S.-tropique. Ce facteur antagoniste est identique à l'hormone thyrotropique.

Le sang du lapin, du cheval, de l'homme en bonne santé contient un facteur qui stimule l'activité du système réticulo-endothélial. Ce facteur semble persister dans les maladies, excepté dans les affections malignes où il existe, au contraire, un facteur négatif.

André Plichet.

**J. S. Harris** et **C. R. Birnie.** ***Le traitement de la stupeur par le cardiazol*** (*British medical journal*, n° 4051, 27 Août 1938, p. 449-451). — H. et B. ont traité 18 cas de stupeur par la méthode de von Meduna. Dans 11 cas, on poussa le traitement jusqu'à 30 crises d'épilepsie, à raison de 3 par semaine. Dans 7 cas, on fut obligé d'interrompre le traitement au bout de 3 à 19 crises.

Sur les 11 cas qui furent traités complètement, 3 malades ont guéri, 4 ont eu une légère amélioration et les 4 derniers ne tirèrent aucun bénéfice de ce traitement.

Cette thérapeutique s'adresse surtout aux cas où la maladie est installée depuis peu. Cependant, dans 2 cas, 3 crises ont suffi pour faire sortir ces malades d'un mutisme qui durait depuis 4 et 3 ans.

Dans les cas de schizophrénie avec stupeur, les injections de cardiazol font disparaître la stupeur, mais l'autre trouble mental devient plus évident.

Les accidents ont été rares, en dehors de la thrombose des veines. On signale seulement une luxation de la mâchoire et une luxation de l'épaule. Dans 1 cas, à la 9e injection, on constata un réveil de tuberculose.

André Plichet.

**A. B. Donald.** ***Le diagnostic de la coqueluche*** (*British medical journal*, n° 4054, 17 Septembre 1938, p. 613-618). — Pour le diagnostic toujours délicat de la coqueluche, différentes méthodes peuvent être employées: des tests spécifiques qui comprennent la culture des ensemencements, la déviation du complément, le test intradermique; des tests non spécifiques qui comprennent la numération des leucocytes et la sédimentation des érythrocytes.

La méthode de l'ensemencement est le moyen de diagnostic le plus précoce. Dans une série de 136 cas à tous les stades: 100 pour 100 de cas positifs dès la première semaine; 93,5 pour 100 à la seconde semaine; 94,8 pour 100 à la troisième semaine; 44 pour 100 à la quatrième semaine et 7,1 pour 100 à la cinquième semaine. La culture négative est un bon critérium de non contagion.

La déviation du complément est un moyen moins sûr et plus tardif. Sur 123 cas, 25 pour 100 de cas positifs pendant la troisième semaine; 89 pour 100 à la huitième semaine.

Le test intradermique avec une suspension de bacilles de Bordet-Gengou est sans valeur.

La recherche de la leucocytose est plus utile. Il y a hyperleucocytose avec hyperlymphocytose relative dès la seconde semaine. Cette hyperleucocytose est maxima à la troisième semaine avec 65 pour 100 de lymphos et 28 pour 100 de polynucléaires.

La sédimentation des érythrocytes est normale ou légèrement retardée dans tous les cas non compliqués au début; il y a une augmentation légère dans les derniers stades de la maladie.

André Plichet.

## *THE LANCET*

### *(Londres)*

**S. Yudkin, J. C. Drummond** et **J. C. Hawksley.** ***Un cas de pellagre traité avec succès par un principe filtrable provenant du foie*** (*The Lancet*, n° 5970, 29 Janvier 1938, p. 253-255). — En 1920, Voetglin, Mill et Hunter démontrèrent que la pellagre était due à la carence d'une vitamine hydrosoluble et que des extraits de foie dépourvus de protéine avaient une action heureuse sur cette maladie. Six ans plus tard, Goldberger, Wheeler et Lillie montrèrent que des extraits acides de levure donnés à la dose de 1 g. par jour protégeaient contre les effets d'un mauvais régime. Puis on pensa que la pellagre était due à une carence en vitamine $B_2$. Mais, cette vitamine $B_2$ est un complexe que l'on est arrivé à décomposer en lactoflavine et en une vitamine appelée provisoirement $B_6$. Mais, à côté de cette substance d'origine vitaminique, il existe un facteur filtrable qui protège contre la pellagre humaine.

Aux Etats-Unis, 2 cas de pellagre ont été traités avec succès par des facteurs filtrables extraits du foie. Y., H. et D. ont traité de la même façon 1 cas de pellagre qui a guéri.

André Plichet.

**W. Evans.** ***La vitamine C dans les cardiopathies*** (*The Lancet*, n° 5971, 5 Février 1938, p. 308-309). — Abbasy a montré, le premier, que le volume des urines augmentait après ingestion de vitamine C.

Chez 8 malades atteints de cardiopathies et chez 1 malade atteint d'œdème considérable des membres inférieurs, d'étiologie inconnue, E. a utilisé la vitamine C par voie buccale.

La vitamine C donna une diurèse peu abondante dans 2 cas, moyennement abondante dans 4 cas, très abondante dans les 3 derniers cas.

Par comparaison avec les autres diurétiques, la vitamine C se place après le chlorure d'ammonium, la théobromine, la diurétine et avant la digitaline.

Il est donc indiqué, dans toutes les cardiopathies, de donner de la vitamine C ou, tout au moins, d'introduire une juste proportion de jus de citron ou d'orange dans les liquides réduits que l'on permet au cardiaque.

André Plichet.

**Leslie J. Harris, P. C. Leong** et **C. C. Ungley.** ***Mesure de la vitamine B dans l'urine comme valeur indicative du niveau nutritif*** (*The Lancet*, n° 5975, 5 Mars 1938, p. 539-544). — Continuant leurs recherches sur l'excrétion de la vitamine $B_1$ et expérimentant sur des sujets en bonne santé de la classe moyenne de Cambridge, de Londres et de Singapour, H., L. et U. ont trouvé que la quantité moyenne excrétée par jour était de 20 unités internationales. Chez des sujets hospitalisés pour des cas chirurgicaux, mais provenant de la classe pauvre d'un centre industriel, on trouva une moyenne d'excrétion de 8 unités internationales.

Au-dessous d'une excrétion de 3 unités internationales, il faut craindre le béri-béri ou la polynévrite d'origine alimentaire.

Cette excrétion minime de la vitamine B résulte de l'anorexie, du régime pauvre de l'hôpital, d'un métabolisme élevé, spécialement dans les affections fébriles, ou bien d'un défaut d'utilisation. La nécessité d'un régime abondant durant la maladie et la convalescence est indiquée par ces résultats.

André Plichet.

**H. L. Sheehan** et **R. Murdoch.** ***Nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse consécutive à un accouchement. Effet de la grossesse suivante*** (*The Lancet*, n° 5994, 16 Juillet 1938, p. 132-134). — La nécrose massive du lobe antérieur de l'hypophyse se rencontre souvent chez les femmes qui meurent après l'accouchement d'hémorragie de la délivrance ou de collapsus cardiaque. Les malades qui survivent présentent le syndrome clinique suivant : règles diminuées, asthénie, anémie, hypothermie, changement de poids, syndrome plus ou moins marqué selon le degré de la nécrose.

S. et M. ont observé 54 cas d'insuffisance légère du lobe antérieur de l'hypophyse qui ont guéri sans traitement spécial. Cette guérison fut quelquefois spontanée mais dans la plupart des cas, elle fut le résultat d'une autre grossesse survenant peu de temps après la première. Ceci semble être dû au développement hypertrophique de la partie restée saine de l'hypophyse qui ne subit pas de régression après la délivrance.

Il est donc rationnel de recommander dans ces cas, comme traitement, une nouvelle grossesse, en dépit de l'appréhension des malades. Naturellement il faut, dans ce cas, prendre toutes les précautions possibles pour éviter le collapsus et prévenir les hémorragies abondantes de la délivrance.

André Plichet.

**A. P. Thomson.** ***Apparition soudaine de la sénilité après un accident*** (*The Lancet*, n° 5994, 16 Juillet 1938, p. 135-136). — Que la maladie, les douleurs, les peines vieillissent prématurément l'homme, c'est une vérité répandue dans le public, mais la légende du prisonnier de Byron qui vit ses cheveux blanchir en une seule nuit n'a jamais été vérifiée scientifiquement. Cependant, avec ce que l'on connaît maintenant des actions corrélatives des glandes endocrines, ce syndrome de vieillissement rapide peut trouver un commencement d'explication. T. rapporte l'histoire d'un homme de 56 ans qui, à la suite d'un accident du travail ayant amené l'amputation des dernières phalanges des 3e, 4e et 5e doigts de la main gauche, ressentit des douleurs dans le bras et l'épaule gauches et au niveau de la nuque. Ces douleurs furent attribuées au rhumatisme.

Mais, dans le mois qui suivit cet accident, on remarqua chez lui un vieillissement accéléré : ses cheveux devinrent blancs et tombèrent. Il perdit 10 *kg*. Sa figure se rida et son habitus extérieur devint celui d'un vieillard ; de plus, il devint complètement impuissant. Tous les examens furent négatifs, sauf le métabolisme, qui fut de 12 pour 100 au-dessous de la normale.

T. attribue ces phénomènes à une insuffisance hypophysaire. Il est probable que ce sujet avait une prédisposition à une dégénération de cette glande, qui fut précipitée soit par le shock, soit par des agents toxiques s'étant propagés par voie nerveuse. Il n'est pas possible d'exclure non plus la détermination d'une petite embolie au niveau de l'hypophyse.

André Plichet.

**T. B. Mouat.** ***La reconstruction des voies biliaires extra-hépatiques à l'aide d'un tube de caoutchouc*** (*The Lancet*, n° 5995, 23 Juillet 1938, p. 181-183). — Le premier essai de ce genre date de Doyen en 1892. M. rapporte 9 observations de malades atteints de jaunisse, chez lesquels il pratiqua cette opération, justifiée par l'impossibilité d'une cholécystostomie. Elle consiste à passer dans le canal cholédoque ou le canal hépatique un tube de caoutchouc et à anastomoser ces canaux directement dans le duodénum après leur avoir fait un lit avec le grand épiploon. Il faut avoir soin, dans cette opération, de laisser la voie libre à la sécrétion pancréatique. 3 mois après l'opération, le tube sort par les voies naturelles. Sur ces 9 cas, 6 guérirent parfaitement.

André Plichet.

**A. M. Roffo.** ***L'action d'un hydrolysat de muscle strié dans les tumeurs malignes*** (*The Lancet*, n° 5995, 23 Juillet 1938, p. 184-187). — Des expériences antérieures ont montré que les autolysats et les hydrolysats de tissus variés inhibent *in vitro* la croissance des cellules, l'effet étant plus grand sur les cellules néoplasiques que sur les cellules normales, tandis que les extraits frais des mêmes tissus n'ont aucune action inhibitrice.

La notion de la résistance des muscles striés au développement des tumeurs suggère que les extraits des muscles striés auraient une action inhibitrice plus grande que les autres tissus.

C'est ainsi que les autolysats et hydrolysats de cœur de bœuf inhibent les cultures de sarcome fuso-cellulaire, alors que les fibroblastes employés comme témoins continuent à se développer.

Un hydrolysat acide de cœur de bœuf injecté dans des tumeurs sarcomateuses ou adénomateuses du rat produit une régression de la tumeur. Cet effet est probablement dû à la présence d'amino-acides dans l'hydrolysat.

André Plichet.

**David Erskine** et **A. C. Johnson.** ***Ponction lombaire chez les malades ambulants*** (*The Lancet*, n° 5998, 13 Août 1938, p. 371-373). — E. et J. se servent d'une aiguille dite de Dattner, de très fin calibre, qui contient, à la place d'un mandrin, une seconde aiguille. Les calibres ne sont pas indiqués dans cet article. La première aiguille sert à perforer la peau, les muscles, le ligament postérieur, puis on pousse la seconde aiguille et on retire 4 $cm^3$ de liquide céphalo-rachidien.

Avec cette technique, sur 118 malades ponctionnés, 4 seulement eurent quelques troubles sans gravité. Tous les malades purent repartir de l'hôpital et reprendre leur travail quelques heures après. On peut même, avec cette technique, prendre la pression du liquide céphalo-rachidien et, d'autre part, les résultats des examens du liquide céphalo-rachidien sont comparables à ceux obtenus dans le liquide céphalo-rachidien retiré avec une aiguille plus grosse.

André Plichet.

**A. Lisle Punch.** ***Un cas de fièvre ondulante traitée par le prontosil*** (*The Lancet*, n° 5999, 20 Août 1938, p. 429-430). — Le premier cas de guérison de la fièvre ondulante par un médicament du groupe de la sulphanilamide a été signalé par Béthoux, Gourdon et Rochedix, en 1937. Depuis, Richardson, en 1938, puis Francis rapportèrent chacun 2 cas d'infection par *Brucella abortus* traité par le Prontosil.

P. cite l'observation d'une femme de 36 ans, atteinte de fièvre ondulante, qu'il a traitée par le Prontosil. 4 semaines après le commencement de son infection, le traitement fut institué qui amena la guérison en 8 jours. Les doses données furent 2 tablettes de 0 *cg*. 50 de Prontosil blanc et 3 fois par jour une injection intramusculaire de 10 $cm^3$ de Prontosil soluble.

André Plichet.

**Alexander Flemming.** ***Le pouvoir bactéricide du sang des sujets ayant reçu de la 2-(p-aminobenzènesulphonamido)pyridine*** (*The Lancet*, n° 6001, 3 Septembre 1938, p. 564-567). — Le sang des sujets ayant reçu de la 2-(p-aminobenzènesulphonamido)pyridine, ou T 693, a un pouvoir bactéricide augmenté contre le streptocoque hémolytique et le pneumocoque. Ce pouvoir bactéricide se trouve surtout dans le sérum, car celui des leucocytes n'est pas augmenté. Le sérum de ces malades inhibe la production et la croissance du streptocoque pyogène et du pneumocoque. Mais le T 693, ajouté à du sang contenant des pneumocoques ou le sang de sujets prenant ce médicament, ne détruit pas les capsules du pneumocoque. Il résulte également de ces expériences que le pouvoir bactéricide du sang des sujets ayant pris du T 693 ne diffère pas sensiblement de celui du sang des sujets normaux auquel on a ajouté *in vitro* le médicament.

André Plichet.

**Izod Bennett, James Dow, Lee Lander** et **Samson Wright.** ***Les hémorragies graves de l'estomac et du duodénum*** (*The Lancet*, n° 6003, 17 Septembre 1938, p. 651-655). — Dans ce premier article, seule la gravité de ces hémorragies est envisagée.

Cliniquement, on peut considérer qu'une hémorragie est grave et mérite un traitement spécial quand le malade a vomi plus d'un demi-litre de sang ou bien qu'il a émis soit du sang rouge vif, soit du méléna, soit encore quand, sans vomissement ou émission de sang, le malade est en état de collapsus ou avec un pouls rapide, une chute de la tension et une impression de syncope imminente. Mais ces signes sont laissés à l'appréciation du clinicien et le mieux serait de connaître exactement la quantité de sang perdu. Cette estimation peut être donnée par le pourcentage de l'hémoglobine, mais cette recherche ne permet pas de savoir si la perte de sang est récente, si elle est due à une hémorragie prolongée, si l'hémorragie se continue ou même si l'anémie n'est pas due à une autre cause que le saignement actuel.

Il est préférable de rechercher le volume total du sang et d'employer la méthode colorimétrique au rouge congo. On prélève un échantillon de sang qu'on mélange *in vitro* au rouge congo. On injecte ensuite dans la veine une certaine quantité de ce colorant. On retire du sang à l'autre veine et on compare au colorimètre les deux échantillons. Par cette méthode, chez l'homme normal, le volume du sang est en moyenne de 85 $cm^3$ par kilogramme. Dans les hémorragies graves, ce pourcentage peut être réduit à la moitié.

André Plichet.

# AGOCHOLINE DU D^R. ZIZINE




GRANULÉ SOLUBLE

(avec ou sans menthe)

Peptone sèche purifiée + Sulfate de magnésie anhydre

**Cholécystites chroniques,**
**Congestion du Foie**

**Lithiase biliaire, Ictère et Cholémie**

**Dyspepsies réflexes - Constipation** } d'origine
**Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit** } hépato - biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun dans un demi verre d'eau chaude

**LABORATOIRES du D^R ZIZINE, 24, rue de Fécamp, Paris** (12^e)

En Argentine, en Uruguay, aux États-Unis, l'**Agocholine** s'appelle **Agozizine**

NÉHPT-JEP-CARRÉ PARIS

### ACTA DERMATOLOGICA
### (Kioto)

**Ono.** ***Coloration des spirochètes dans les préparations sur lames avec une solution de permanganate de potasse*** (*Acta dermatologica*, t. 31, fasc. 3-4, Avril 1938, p. 69-73). — O. a constaté que les spirochètes de la fièvre récurrente et de la syphilis peuvent se colorer avec une solution de permanganate de potasse.

Pour le tréponème de la syphilis, O. conseille de fixer les préparations desséchées à la température de la chambre, durant 15 minutes, avec une solution de formol à 10 pour 100, de les laver à l'eau, de les colorer avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 100, de les placer à l'étuve à 60° et de les laver à l'eau courante.

Il suffit de laisser les préparations à l'étuve durant 10 à 24 heures. Les spirochètes se colorent intensément.

La coloration réussit également en laissant les préparations à la température de la chambre; mais il faut alors 3 à 7 jours pour obtenir une coloration nette.

R. Burnier.

### A MEDICINA CONTEMPORANEA
### (Lisbonne)

**A. May Vianna.** ***Une famille de daltoniens*** (*A Medicina Contemporanea*, an. 56, n° 11, 13 Mars 1938, p. 81-84). — Observer toute une famille de daltoniens est chose assez rare. M. V. a eu la possibilité de suivre une telle famille et de se rendre compte du caractère héréditaire de cette affection non seulement dans le présent par l'observation des membres encore vivants, mais de poursuivre l'étude de cette hérédité à travers plusieurs générations antérieures, grâce aux renseignements qui lui furent fournis. Cette anomalie congénitale du sens chromatique se rencontre plus fréquemment chez les femmes de cette famille, offrant ainsi un exemple typique de l'hérédité sex-linked.

Sans entrer dans le détail de la théorie chromosomiale, M. V. passe en revue les différentes possibilités héréditaires de daltonisme. Soit un premier croisement A, d'un daltonien et d'une femme normale. Tous les descendants seront tout au moins en apparence sains et se présenteront comme des individus normaux. Cependant, mariés à des individus sains, ils pourront donner des produits atteints de daltonisme. Au second croisement B (homme normal et femme normale en apparence mais présentant un caractère daltonien récessif), la moitié des enfants peuvent être daltoniens, mais les filles seront *en apparence* normales tout en pouvant transmettre le caractère daltonien. Le troisième croisement C d'un daltonien avec une femme daltonienne de caractère récessif donnera la moitié des fils daltoniens, l'autre moitié saine; les filles seront toutes daltoniennes, mais la moitié présentera un caractère récessif. Le quatrième croisement D (un homme normal et une daltonienne), donnera des fils daltoniens et des filles normales *en apparence*.

Enfin, le cinquième croisement E (daltonien et daltonienne) donnera des enfants tous daltoniens, quel qu'en soit le sexe. Cette étape curieuse est rare, et l'A. a pu l'observer dans une branche de cette famille.

Les différents examens qui furent pratiqués sur les descendants en vie de cette famille mirent en évidence un daltonisme absolu du type Dalton, selon la nomenclature moderne de Polack. Les examens furent faits à l'aide des tests colorés de Polack, des cadres de Schaff et Blum et de la méthode de Holmgren.

Robert Coronel.

### MISCAREA MEDICALA ROMANA
### (Craiova)

**E. Facon.** ***Le traitement du parkinsonisme*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. 11, n$^{os}$ 1-2, 1938). — F. montre que le traitement du parkinsonisme est en fonction de deux facteurs: le premier, c'est la notion que cet état n'est que la continuation de la phase aiguë de l'encéphalite épidémique. D'où l'emploi d'un grand nombre de moyens anti-infectieux, comme le vaccin herpétique, la pyrétothérapie, l'autosérothérapie, le salicylate de soude, l'hexaméthylène-tétramine, l'iode, etc.; tous ces moyens ne se sont pas souvent montrés très actifs.

Par contre, le traitement symptomatique du mal, le second facteur, est plus intéressant, s'adressant au substratum de l'état parkinsonien, l'état d'hypertonie vagale.

On a renoncé aux moyens classiques: le datura, l'hermine, la scopolamine; à la suite de Römer, on emploie l'atropine à hautes doses pour combattre les symptômes. Les travaux de Marinesco et Façon ont introduit cette méthode donnant les meilleurs résultats en ce qui concerne la rigidité, les mouvements associés, les crises oculogyres et, plus rarement, les tremblements. La cure bulgare, le traitement italien n'ont pas pris la place de la méthode de Römer.

Henri Krauter.

**B. Traian.** ***La suture du nerf cubital suivie de la transmission immédiate de l'influx nerveux*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. 11, n° 5, 1938). — T. publie un cas de section totale du nerf cubital avec fracture de l'olécrane et ouverture de l'articulation du coude. La suture primaire, exécutée 24 heures après l'accident, donna un excellent résultat: la motilité et la sensibilité sont revenues quelques heures après la suture; ce fait est en contradiction avec la théorie classique de la régénération des nerfs.

T. résume les notions de la technique de la suture et insiste sur le résultat excellent obtenu, malgré la suppuration abondante articulaire qui s'était installée; la fracture guérit aussi sans aucune raideur articulaire.

Henri Krauter.

### CASOPIS LEKARU CESKYCH
### (Prague)

**Malek.** ***Le Bacterium typhi flavum et ses capacités épidémogénétiques*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 35, 2 Septembre 1938, p. 1021-1032). — Au cours des années 1936-1937, les services de diagnostic de l'Institut de bactériologie et sérologie de l'Université Charles IV ont eu à cultiver 106 souches de ce germe, dont les origines se trouvaient ainsi réparties : hémocultures, 48 ; urines, 36; eaux, 14; coprocultures, 7; pus d'otite moyenne, 1. Dans la plupart des cas, il s'agissait de sujets suspects de fièvre typhoïde, soit en période fébrile (hémocultures), soit au stade de la convalescence (prélèvements d'urine chez des porteurs de germe).

M. souligne surtout l'intérêt d'une épidémie intriquée, au cours de laquelle les investigations bactériologiques permirent d'isoler parallèlement le bacille d'Eberth et le *b. t. flavum*. Les souches de ce dernier constituaient une série continue, dont les diverses variétés s'échelonnaient depuis le bacille typhique vrai jusqu'au *b. coli*. Les propriétés antigéniques de certaines de ces souches étaient extrêmement voisines des propriétés *a.* du bacille d'Eberth et leur ressemblance frappante. La parenté sérologique d'une fraction des polysaccharides provenant des unes et des autres a pu être démontrée, mais, pour le germe en question, on trouvait en outre des polysaccharides particuliers, peu actifs, mais strictement spécifiques. Il y aurait lieu de conclure à la transformation mutuelle des deux espèces, au cours de l'épidémie, bien qu'il n'ait pas été possible de reproduire cette transformation *in vitro*, en insistant à nouveau sur le rôle épidémiologique éventuel du *b. t. flavum*.

**Barré.** ***Epilepsie et syndrome pyramidal déficitaire*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1079-1084). — L'existence d'un syndrome pyramidal déficitaire doit toujours être soigneusement recherchée chez les épileptiques. Sa constatation permet, en effet, d'objectiver la nature même de la crise convulsive, de dépister la lésion souvent minime dont dépendent les accidents impressionnants, d'en préciser le siège, de guider avec exactitude la main du chirurgien et parfois d'en permettre la guérison définitive. Les éléments de ce syndrome, précisés par de nombreux travaux antérieurs, peuvent être constatés immédiatement après les crises, ou dans leurs intervalles, sur un seul ou sur les deux membres d'un même côté. L'analyse minutieuse des symptômes permet, en général, de vérifier une concordance de grande valeur entre la localisation initiale, le mode de progression, la prédominance des convulsions et la topographie des stigmates déficitaires. Cette orientation séméiologique nouvelle aurait donc plus de portée pratique que la constatation d'un signe de Babinski au cours des crises auxquelles il est assez rarement donné au médecin d'assister. 20 observations illustrent l'exposé.

**Braine.** ***Sur les infarctus génitaux de la femme*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1084-1091). — Caractérisés anatomiquement par l'infarctus massif, plus ou moins étendu, d'un ou plusieurs éléments de la sphère génitale, avec thrombose veineuse extensive, décollement ou infiltration des tissus par des nappes hémorragiques diffuses, ces accidents graves s'observent chez de toutes jeunes femmes, avec le tableau clinique assez particulier que voici: début soudain, douleurs aiguës, atroces, terribles, syncopales du bas-ventre, état de choc abdominal intense avec pâleur, angoisse, sueurs froides, rapidité et petitesse du pouls, température proche de la normale, contracture modérée et assez nettement localisée à la région sus-pubienne, irradiations douloureuses lombaires, souplesse des segments supérieurs de la paroi, absence d'épanchement perceptible et de pertes.

Les circonstances antécédentes permettent de penser que ces infarctus ont, comme dans la règle, pour origine une thrombose vasculaire infectieuse aiguë (rétentions fragmentaires, placentaires ou fœtales, post-abortum ou post-partum). L'exérèse immédiate du segment infarci de l'appareil génital est la seule thérapeutique à retenir, en soulignant l'importance de la précocité de l'intervention et la nécessité d'une ligature très haute, iliaque ou même lombaire, du pédicule vasculaire utéro-ovarien thrombosé. Malgré leur rareté relative, ces accidents ont fait l'objet d'assez nombreux travaux dont on trouve ici le résumé après les deux observations originales de B. Ils méritent d'être mieux connus.

**Clément.** ***Convulsions infantiles*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1091-1094). — La clarté de l'exposé est directement proportionnelle à l'importance et à la complexité de la question, au premier plan de la pédiatrie clinique. Fonctionnelles ou organiques, relevant d'une affection cérébro-méningée en évolution, immédiatement redoutable, séquelle d'une lésion ancienne, symptomatique de troubles métaboliques ou d'intoxications, les convulsions du nourrisson et du jeune enfant ne peuvent être individualisées avec

certitude que si l'on tient compte des caractères de la crise, des circonstances étiologiques (hérédité, âge, mode d'apparition), des signes associés (fièvre, vomissements, stigmates hérédo-syphilitiques, syndrome méningé, etc.), des examens de laboratoire (liquide céphalo-rachidien, calcium et chlorure du sang, Bordet-Wassermann) et de l'évolution. Le traitement doit être à la fois symptomatique et étiologique.

**Codvelle** et **Pages**. ***Troubles du rythme cardiaque dans les formes légères et frustes du rhumatisme articulaire aigu*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1094-1096). — Malgré le nombre relativement considérable des monographies publiées, cette question est toujours à l'ordre du jour. Le milieu militaire est particulièrement favorable à son étude, tant par la surveillance suivie des formes frustes ou légères qui échappent d'ailleurs à l'observation médicale, qu'en raison de la fréquence notable des manifestations rhumatismales à l'âge des jeunes soldats. Les 44 observations rassemblées comportent 11 arythmies sinusales (dont 2 tachycardies et 9 bradycardies), 2 arythmies extra-systoliques, 21 troubles de conduction (dont 16 simples allongements de P. R. et 5 blocs partiels), 3 troubles complexes (pauses ventriculaires inattendues, blocs sino-auriculaires, extrasystoles nodales plus ou moins intriquées, etc.) et, enfin, 7 normaux (cliniquement et électrocardiologiquement).

La bénignité habituelle de ces anomalies courantes, leur variabilité extrême en quelques heures, leur étonnante sensibilité aux actions physiques et pharmaco-dynamiques (mouvements, R. O. C., atropine, nitrite d'amyle), prouvent la réactibilité très spéciale du système neuro-myocardique en ces circonstances, sans que l'interprétation pathogénique de leur mécanisme et de leur étiologie en soit encore clairement élucidée.

**Dujarric de la Rivière** et **Chevé**. ***L'étiologie de la grippe*** (*Casopis lekaru Ceskych*, an. 77, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1096-1098). — Après un bref rappel des résultats acquis au cours des grandes pandémies grippales et des recherches antérieures, D. et C. résument ainsi les conclusions des études expérimentales qu'ils ont poursuivies chez le furet: incubation silencieuse de 48 heures, catarrhe oculo-nasal, réaction thermique importante de type diphasique, évolution bénigne en général en 10 à 15 jours, reproduisant d'assez près les caractères de la grippe humaine. A propos des immunités croisées, ils ont constaté que chacune des souches françaises de virus était neutralisée par le sérum des furets convalescents d'une infection due au virus correspondant; que chacune de ces mêmes souches est également neutralisée par le sérum de furet infecté par un autre virus français; enfin, que certaines souches anglaises et américaines sont neutralisées dans les mêmes conditions. Il convient donc de remarquer l'intérêt épidémiologique et sérologique de cette identité de souches, malgré leur provenance de régions du globe fort éloignées les unes des autres.

**Fiessinger**. ***Synergie fonctionnelle et asynergie fonctionnelle*** (*Casopis lekaru Ceskych*, p. 1098-1100). — La synergie fonctionnelle est à la base de la physiologie normale. Il est rare, par contre, qu'une lésion viscérale respecte cette synergie et entraîne une défaillance globale, harmonieuse, des diverses fonctions. Dans le domaine complexe et attirant de l'hépatologie, par exemple, la réalisation de ce que F. appelle des « *instantanés fonctionnels* » apporte aisément la preuve de cette asynergie révélatrice, dont la variabilité symptomatique prouve la complexité du phénomène pathologique. A la même agression toxique répondent des défaillances de telle ou telle autre fonction. Il faut, en somme, une sidération quasi totale de l'organe, soit par lésion massive, soit par cataphylaxie (fragilisation), pour que la synergie se rétablisse dans une défaillance fonctionnelle générale.

En d'autres circonstances, l'asynergie résulte, au contraire, d'une hyperfonction, comme c'est le cas à la suite de certaines hyperplasies glandulaires, qu'elles soient pathologiques et tumorales, ou simplement compensatrices (asymétrie lésionnelle). Il n'existe cependant pas de parallélisme direct entre les anomalies morphologiques et les anomalies fonctionnelles, en dehors, bien entendu, des cas de destruction presque totale.

**Jacquelin**. ***Ulcères gastro-duodénaux familiaux ou héréditaires*** (*Casopis lekaru Ceskych*, p. 1100-1104). — Malgré leur rareté relative et les causes d'erreur fréquemment relevées, les observations d'ulcères héréditaires ou familiaux méritent d'être rassemblées, en raison des particularités cliniques qu'elles présentent, des circonstances étiologiques et pathogéniques qui leur sont propres et des règles thérapeutiques qui en découlent. La symptomatologie et l'évolution sont le plus souvent, en effet, atypiques, marquées surtout par des hémorragies très abondantes. La localisation est presque exclusivement duodénale.

Bien que les causes exactes de la maladie ulcéreuse soient encore incertaines et que les voies de l'hérédité — habituellement maternelle — soient malaisées à établir, il semble bien que ce soit à la transmission de certaines anomalies physiologiques, intéressant le foie, le sang, les glandes endocrines, qu'il y ait lieu de rattacher le substratum biologique de cette affection comme d'un assez grand nombre d'autres manifestations digestives observées dans les cadres familiaux.

### ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO (Montevideo)

**P. L. Ybarz**. ***Adénites suppurées du mésentère*** (*Anales de la Facultad de Montevideo*, t. 23, n°s 6, 7 et 8, 1938, p. 531-597). — L'appareil lymphoganglionnaire du mésentère réagit différemment aux invasions microbiennes selon qu'elles sont d'origine sanguine, lymphatique (en général), viscérale et séreuses. Les lésions déterminées ainsi sont anatomiquement variées et les symptômes différents. Parfois, même elles peuvent passer inaperçues. La seconde partie de ce travail important est consacrée à la topographie ganglionnaire mésentérique, et en expose rapidement l'anatomie. Puis Y. rappelle en quelques lignes la physio-pathologie ganglionnaire et passe aux diverses lésions rencontrées généralement au cours de cette affection. Y. les classe en cinq types principaux:

1° Ganglion unique, volumineux, fluctuant ou perforé, engainé de périadénite et contenant un pus bien lié.

2° Quatre à cinq ganglions, rouges, œdématiés.

3° Tumeur poly-ganglionnaire (de la grosseur d'un poing et solidarisée par périadénite) et dont la suppuration peut conduire à la constitution d'abcès multiples.

4° Ganglions légèrement hypertrophiés et qui révèlent en coupe macro- et microscopique de petits abcès.

5° Forme tumorale.

L'évolution et les complications de l'adénite sont rapidement étudiées et Y. passe à l'étiologie de l'adénite suppurée mésentérique. Cette partie, la plus importante, peut se diviser en quatre sections:

*a*) Lésions jéjuno-iléales;
*b*) Lésions appendiculaires;
*c*) Lésions cæcales;
*d*) Infections sanguines à point de départ angineux.

Ce chapitre est illustré de nombreuses observations. Y. termine en parlant de la symptomatologie, fort compliquée en certains cas (lorsque l'appendice a été enlevé antérieurement, par exemple, et que les symptômes simulent des complications post-opératoires), et du traitement. ROBERT COHONEL.

# REVUE DES JOURNAUX

## JOURNAL DES PRATICIENS (Paris)

**G. Marion.** ***Diagnostic de la tuberculose rénale quand les examens de laboratoire ne décèlent pas de bacilles de Koch*** (*Le Journal des Praticiens*, t. **52**, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 801-803). — Lorsque l'examen des urines ne décèle pas la présence de bacilles de Koch, on peut éliminer la tuberculose dans quelques cas parce que l'on trouve une autre cause aux manifestations qui ont attiré l'attention, mais, dans d'autres circonstances, l'infection persistante fait de plus en plus penser à la tuberculose. La pyurie sans microbes est en faveur de cette hypothèse, bien qu'elle puisse exister chez des lithiasiques. Au contraire, la présence de microbes variés, et même du colibacille, ne doit pas faire systématiquement éliminer la tuberculose, car elle peut coexister.

Dans les cas douteux, il faut s'adresser à la cystoscopie qui fournit des renseignements intéressants: granulations, ou ulcérations qui peuvent être banales ou tuberculeuses. Le siège des lésions a, à ce point de vue, plus d'importance que leurs caractères.

Les altérations dans la tuberculose se trouvent au niveau d'un orifice urétéral ou au sommet de la vessie.

L'examen de la valeur fonctionnelle des reins a une importance encore plus grande. Celle-ci est diminuée très rapidement dans la tuberculose, mais elle peut se rencontrer dans d'autres affections. La radiographie montre si le malade est atteint ou non de lithiase. La pyélographie met en évidence l'hydronéphrose. La dilatation du bassinet et l'atrophie rénale ne font pas penser à la tuberculose. Dans celle-ci, la pyélographie montre des déformations des calices: calices se prolongeant par une petite cavité à bords irréguliers ou véritables cavernes.

Grâce à ces procédés d'examen, on peut affirmer l'atteinte tuberculeuse d'un rein quand on trouve du même côté une déficience avec pus qui n'est expliquée ni par un calcul, ni par une dilatation, et des déformations pyélographiques.

Robert Clément.

**E. Ledoux** (Besançon). ***La maladie des porchers en Franche-Comté (Inconstance de la méningite)*** [*Journal des Praticiens*, t. **52**, n° 50, 10 Décembre 1938, p. 821-823]. — L. a pu dépister 11 cas de maladie des porchers en Franche-Comté. Elle a été observée surtout dans la région des hauts plateaux du département du Doubs, là où existent de grandes porcheries, elles-mêmes conditionnées par la densité du cheptel bovin puisque les porcs sont nourris par le petit-lait des fromageries. Les porchers ont été atteints au contact du porc malade. Il s'agissait toujours d'une atteinte primitive, on n'a constaté ni rechute ni récidive.

Malgré l'intensité de la céphalée, qui impose l'idée d'une méningite, le signe de Kernig et la raideur de la nuque étaient le plus souvent à peine ébauchés, sinon absents. Dans 2 cas, la ponction lombaire a montré un liquide non hypertendu et de composition normale.

Devant l'inconstance de la méningite, le terme de « méningite » des porchers doit être abandonné et il faut lui préférer celui de « maladie des porchers ».

Robert Clément.

## ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

**A. Lemierre, J. Reilly** et **A. Laporte.** ***Les septico-pyohémies à bacillus funduliformis*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 3, Octobre 1938, p. 165-201). — A l'aide de leurs observations personnelles (14 depuis 1931) et d'autres recueillies récemment par divers auteurs, L., R., et L. font une mise au point de cette question. A l'étranger, certaines septicémies ont été attribuées à des germes anaérobies qui semblent bien être le funduliformis.

Les septicémies à funduliformis sont surtout consécutives à une angine ou une périamygdalite phlegmoneuse, parfois à une angine banale, inflammatoire ou lacuno-cryptique. Plus rarement elles ont une autre origine: otite, point de départ intestinal, intervention chirurgicale sur un cancer du rectum, point de départ génito-urinaire.

Autour du foyer septique initial, se constitue une thrombo-phlébite, et de la désagrégation du caillot septique résultent des décharges microbiennes, origine des accidents septico-pyohémiques et des infarctus septiques et nécrosants, point de départ des métastases infectieuses et localisations secondaires.

Cliniquement, le type est réalisé par les septico-pyohémies post-angineuses, avec leurs grands accès fébriles révélateurs, avec frisson extrêmement violent. On trouve en général une adénopathie sous-angulo-maxillaire du côté de l'amygdale atteinte. Les accès fébriles se répètent. Il se manifeste des infarctus pulmonaires, avec habituellement des épanchements pleuraux purulents contenant le funduliformis, seul ou associé à un streptocoque anaérobie. Souvent se produisent des déterminations articulaires suppurées, qui sont des ostéoarthrites.

Plus rarement on a observé de l'ictère, des abcès nécrotiques du foie, une hépato-néphrite, une thyroïdite aiguë, une péritonite suppurée, une méningite aiguë.

L., R. et L. décrivent diverses formes cliniques, suivant la prédominance de telle ou telle localisation secondaire, des formes aiguës et suraiguës, des formes subaiguës. Si le pronostic est fatal dans la grande majorité des cas, il existe cependant des formes spontanément curables, dont les auteurs ont observé 5 exemples.

L., R. et L. précisent l'anatomie pathologique des lésions métastatiques produites par les infarctus nécrotiques.

Le diagnostic, déjà probable d'après le seul examen clinique, est affirmé par l'hémoculture en milieu anaérobie. Le germe se retrouve dans le pus des localisations métastatiques.

En raison du pronostic redoutable de ces septico-pyohémies post-angineuses, des médecins allemands ont préconisé de pratiquer dès les premiers frissons annonciateurs la ligature de la veine jugulaire interne. Les résultats semblent peu engageants. On a utilisé des injections intra-veineuses d'arsénobenzol ou d'argent colloïdal. Dans des formes atténuées, L., R. et L. ont obtenu la guérison par le para-aminophénylsulfamide en ingestion. Les métastases suppurées peuvent donner lieu à des interventions chirurgicales salutaires. Enfin, la morphine peut soulager la douleur et la dyspnée des infarctus pulmonaires.

L. Rivet.

**J.-A. Lièvre.** ***Etude clinique de 48 cas de septicémie à streptocoques hémolytiques*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 3, Octobre 1938, p. 245-271). — Ce travail est basé sur 48 observations recueillies dans le service de Lemierre au cours des années 1933, 1934 et 1935.

Il s'agit habituellement d'une manifestation secondaire, survenant notamment au cours d'érysipèle, de fièvres éruptives, scarlatine surtout, à la suite d'avortements provoqués, d'infections de l'oreille moyenne et même de simples angines.

Cliniquement, L. décrit des septicémies durables à streptocoques hémolytiques, avec leur courbe fébrile, l'aspect anémique, les manifestations éruptives et les diverses manifestations viscérales, notamment pleuro-pulmonaires et circulatoires. Il existe également des septicémies éphémères, décelées par des hémocultures faites au moment favorable.

L'évolution a pu être parfois favorablement influencée par des transfusions sanguines.

L. Rivet.

**Robert Debré, Julien Marie** et **Ph. Seringe.** ***Le syndrome hypertensif dans les néphrites aiguës de l'enfance*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 4, Novembre 1938, p. 313-344). — L'hypertension et les troubles cardio-vasculaires dans les néphrites aiguës ont été bien décrits par Nobécourt et d'autres pédiatres français et étrangers.

L'observation de 23 enfants atteints de néphrite aiguë infantile avec hypertension permet à D., M. et S. de décrire les principaux caractères cliniques et évolutifs de cette néphrite. Ils montrent sa fréquence, l'importance du syndrome cardio-vasculaire, qui tient sous sa dépendance la majeure partie des complications graves observées dans les néphrites aiguës des enfants: l'éclampsie, l'amaurose, l'œdème pulmonaire, la défaillance cardiaque.

La diversité d'allure de ces accidents, la possibilité de néphrite sans albuminurie, rendent le diagnostic parfois difficile. Aussi la prise de la tension artérielle chez l'enfant, si l'on soupçonne une néphrite, doit-elle être absolument exigée.

Le traitement de ces néphrites est le régime sec: régime hydro-carboné avec suppression des boissons, dont l'action est très rapidement favorable.

L. Rivet.

**R. Waitz** et **J. Warter** (Strasbourg). ***Contribution à l'étude des myéloses aleucémiques. Splénomégalie myéloïde, érythroblastique et mégacaryocytaire. Mégacaryocytose et sclérose de la moelle osseuse. Splénectomie*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 4, Novembre 1938, p. 344-365). — Les observations de ce genre sont relatées dans la littérature médicale sous des rubriques variées: myélose aleucémique, myélose aleucémique mégacaryocytaire, érythroblastose. En réalité, ces observations n'offrent pas de différences fondamentales permettant d'individualiser plusieurs affections. En l'absence de données étiologiques ou anatomo-cliniques nouvelles, le cadre des myéloses aleucémiques doit continuer de comprendre les érythroblastoses de l'adulte et les myéloses aleucémiques mégacaryocytaires.

Dans une observation personnelle, qu'ils relatent par le détail, W. et W. ont noté un fait exceptionnel, une mégacaryocytose médullaire avec, en certains points, au centre des espaces médullaires, des zones de sclérose. La splénectomie a été suivie d'une amélioration importante de l'état général, d'un retour à la normale de la lignée rouge dans le

sang et de la disparition de la myélémie. Le malade a repris son travail. Il est décédé, 7 mois après la splénectomie, d'accidents infectieux aigus compliquant brusquement une lithiase biliaire ancienne.

L. Rivet.

### ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
### (Marseille)

**Chevallier** et Mlle **Choron.** ***Sur l'existence de deux formes chimiques de la vitamine A. L'hémo et l'hépato-vitamine A*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, an. 7, n° 4, 1938). — De leurs expériences fort intéressantes, « il semble bien résulter qu'il existe deux formes différentes de la vitamine A : l'hépatovitamine A et l'hémovitamine A. Le passage de la première forme dans la seconde peut être déterminé par alcalinisation convenable du milieu. Ces deux formes sont très voisines l'une de l'autre et leur spectre d'absorption ultra-violet paraît identique ».

« La forme hémovitamine est transformée au niveau du foie d'une manière progressive et seule la forme hépatique est stable dans cet organe.

« Tout semble se passer comme si la forme chimique habituellement connue de la vitamine A ne représentait que le matériel de réserve. Cette hépato-vitamine serait transformée en une entité différente : l'hémovitamine qui serait la forme active sous laquelle la vitamine A est distribuée aux tissus. »

C. Ruppe.

**Jean Roche.** ***Sur l'unité physiologique du système osseux : développement du squelette et évolution des fractures*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, an. 7, n° 4, 1938). — R. revient sur les idées classiques concernant la formation et la calcification des os et montre « que toutes les modalités histologiques d'ostéogénèse aboutissent à un même résultat : la formation de substance osseuse et que l'autonomie des différents organes osseux est des plus minimes ».

Pour démontrer *l'unité physiologique du squelette* au cours du développement, l'auteur se sert de la recherche de l'indice de calcification (rapport du phosphore et de l'azote, P/N). L'étude de ce rapport sur les os et les incisives du rat aux différentes périodes du développement a fait ressortir deux ordres de faits : « D'une part, la minéralisation du squelette n'est pas un processus continu ; elle s'opère au contraire par phases successives. D'autre part, tous les os présentent au cours de la vie des modifications de composition simultanées et qualitativement identiques. »

Avec Filipi et Mourgue, R. montre ensuite que « la fracture d'une pièce squelettique et sa réparation ne doivent pas être considérées comme des phénomènes strictement locaux ». « Elle provoque des réactions générales du squelette dont la plus importante est sa déminéralisation. » Ces réactions sont indépendantes de la formation du cal et de son évolution, qu'il y ait consolidation ou pseudarthrose.

C. Ruppe.

### ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
### (Paris)

**J. Dubourdieu** et **F. Garcia Capurro.** ***Du diagnostic clinique et radiologique des épanchements liquides invisibles de la plèvre*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. 13, n° 2, 1938, p. 98-114). — Il ne s'agit pas d'épanchements à proprement parler invisibles, mais d'épanchements à distribution anormale du liquide et pouvant de ce fait échapper à l'examen radioscopique, et même radiographique si certaines précautions de technique n'ont pas été employées.

Au point de vue clinique, ces épanchements pleuraux se caractérisent par une sonorité tympanique très accusée dans la position du décubitus dorsal, sonorité occupant la totalité de la partie antérieure du thorax, absorbant presque complètement l'aire de la matité cardiaque et écornant très sensiblement la matité hépatique dans sa partie juxta-sternale. Si l'on fait mettre le malade en position de prière mahométane, la matité des bases qui existait dans la position assise disparaît pour être remplacée par de la sonorité, tandis que l'inverse se produit au niveau des sommets. Ce signe permet d'écarter le pseudo-épanchement pleural simulé par une ascite et d'affirmer la pleurésie malgré l'absence de signes radiologiques. Il y a en outre dissociation des signes pleurétiques : présence des signes liquidiens, absence du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, qui nécessitent pour leur production une participation pulmonaire.

Au point de vue radiologique, pour dépister ces épanchements pleuraux, il faut employer des positions spéciales, notamment la radioscopie ou la radiographie en Trendelenbourg vertical, la tête en bas, qui permet de constater l'opacification du sommet, la disparition du pseudo-épaississement diaphragmatique et de l'image de cœur flottant.

La perte de la force rétractile du poumon serait le facteur fondamental de l'invisibilité de ces épanchements.

Robert Clément.

**C. Bonorino Oudaondo** et **A. Vadone** (Buenos-Aires). ***Epanchements pleurétiques noirs compliquant une anthracose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. 13, n° 2, 1938, p. 135-144). — Un homme de 45 ans, ayant travaillé dans les mines de charbon dès l'âge de 19 ans, et présentant depuis 3 ans une affection pulmonaire, avec expectoration muco-purulente blanc jaunâtre au début, puis noire, fut pris par erreur pour un tuberculeux et on pratiqua chez lui un pneumothorax thérapeutique. Au bout de quelques mois un épanchement apparut du côté du pneumothorax avec douleurs, fièvre et malaise général. Celui-ci augmentant progressivement et la quantité d'air restant étant minime on pratiqua une ponction qui retira un liquide bleu noirâtre. 10 jours plus tard, une autre ponction fournit un liquide noir. Plusieurs ponctions à 8 à 10 jours d'intervalle permirent de retirer de 500 à 600 $cm^3$, le liquide changea de couleur et d'aspect, devint plus épais, puriforme vert foncé. Il n'y avait pas de germes et la culture du liquide resta négative.

On put démontrer que la coloration du liquide pleurétique n'était due ni à l'action microbienne, ni à des dérivés de pigments hématiques. Les leucocytes étaient pleins de particules noires phagocytées. En traitant ceux-ci avec des alcalis dilués, on obtint un résidu noir qui, au microscope, se présentait en particules amorphes. Brûlé à l'air, le produit de la centrifugation ne laisse aucun résidu. La couleur de l'épanchement pleurétique était donc due au charbon.

Cet épanchement noir était donc une manifestation de l'anthracose; il est probable que celle-ci n'était pas uniquement pleurale et qu'il y avait une petite perforation pulmonaire.

Robert Clément.

### ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
### (Paris)

**L. Guillaumat.** ***Complications oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. 2, n° 9, Septembre 1938, p. 785-794). — G. rapporte une observation d'un malade s'étant baigné dans la Marne avec ictère infectieux durant trois semaines, avec névrite optique suivie de cyclite à hypopion, réaction de Bordet-Wasserman négative.

Les complications oculaires sont les suivantes : conjonctivite, atteinte de l'iris torpide, plastique pouvant arriver à la séclusion pupillaire ; c'est dans la forme méningée de la spirochétose ictéro-hémorragique que la névrite optique est le plus souvent signalée. Un malade de Wakers et Pirket avait un scotome central par atteinte isolée du faisceau maculaire du nerf optique.

Les différentes rivières peuvent donner cette spirochétose ; on l'a signalée dans des piscines.

A. Cantonnet.

**P. Keller.** ***Le gliome de la rétine au Tonkin, d'après 13 observations confirmées histologiquement*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. 2, n° 9, Septembre 1938, p. 813-823). — Morax trouve 6,8 pour 100.000 malades de gliome de la rétine. Curt-Adam trouve 17 pour 100.000 malades à Berlin et Berrisford, à Londres, 10 pour 100.000. L'auteur en a recueilli 23 observations sur 50.000 consultants, soit 26 pour 100.000 avec 23 pour 100 de cas bilatéraux.

L'auteur divise les cas en cas s'accompagnant d'hypertension oculaire et en cas sans hypertension. Le début était récent, de 15 jours à 2 ou 3 mois. Il a pu observer des récidives fréquentes, remarquables par leur précocité et leur intensité. Le retentissement ganglionnaire est inconstant. A partir de l'hypertension, il n'y a plus de chances de guérison définitive.

A. Cantonnet.

**A.-B. Marfan.** ***La dolichosténomélie (dolichomélie, arachnodactylie)*** [*Archives d'Ophtalmologie*, t. 2, n° 10, Octobre 1938, p. 881-896]. — C'est une singulière anomalie du squelette caractérisée par un allongement notable et un certain degré d'amincissement des os des quatre membres, allant en décroissant des extrémités à la racine des membres. Le premier cas a été présenté par Marfan à la Société Médicale des Hôpitaux le 28 Février 1896. L'aspect de la main est en « main d'araignée ». M. Achard propose de l'appeler « arachnodactylie ». Le terme de dolichosténomélie vient de δολιχός, long, στενός aminci, μέλος membre.

On en connaît environ 150 cas. Il n'y a pas de traitement. On a proposé d'agir sur les cartilages d'ossification par les rayons X et de diminuer l'activité de l'hypophyse antérieure et de la thyroïde. Si besoin, on aura recours aux appareils orthopédiques pour redresser les déviations vertébrales.

A. Cantonnet.

### GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
### (Paris)

**W.-P. Plate.** ***Résultats de dix années de radium-thérapie pour cancer du col utérin*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 4, Octobre 1938, p. 280). — Jusqu'en 1923, la clinique gynécologique d'Amsterdam avait toujours appliqué la thérapie opératoire aux cancers du col, c'est-à-dire, presque toujours et exclusivement, l'extirpation abdominale totale selon la méthode de Wertheim. En 1923, la clinique ayant obtenu la disposition d'une notable quantité de radium, feu Van Rooy y introduisit la radium-thérapie et, depuis cette époque, le nombre des malades ainsi traitées a augmenté sans cesse. Actuellement, tous les cas, ou à peu près, de cancer du col sont traités au radium. La clinique dispose aujourd'hui de 350 mg. La technique est fondée sur la méthode de Regaud. Les résultats doivent être étudiés en fonction du classement établi par la sous-commission radiologique de la Commission du cancer de la Société des Nations.

De 1923 à 1932 y compris, la clinique gynécologique a traité au radium 282 femmes atteintes de carcinome du col.

Le chiffre des guérisons absolues est: pour le groupe I : 48/84 (soit 57,1 pour 100); pour le groupe II: 30/93 (soit 32,3 pour 100); pour le groupe III 23/93 (soit 24,7 pour 100); pour le groupe IV: 0 pour 100; *pour tous les groupes* 101/282 (soit 35,8 pour 100).

A la suite du traitement ou pendant le traitement, il est mort 12 malades sur les 282. Les causes de décès (fixées par l'autopsie dans tous les cas) étaient: péritonite, 5 fois (2 malades du groupe II, 3 malades du groupe III), broncho-pneumonie, 2 fois (1 malade du groupe II, 1 malade du groupe III); embolie pulmonaire, 3 fois (1 malade du groupe I, 2 malades du groupe II); métastases 2 fois (2 malades du groupe IV).

La comparaison avec les chiffres du traitement opératoire du carcinome du col démontre que la radium-thérapie est préférable à l'opération.

HENRI VIGNES.

**M. Reeb.** ***A propos des effets sur l'accouchement du régime déchloruré chez la femme enceinte*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 38, n° 5, Novembre 1938, p. 321). — R. est extrêmement satisfait de l'emploi du régime déchloruré pendant la grossesse pour obtenir un accouchement court et rapide. Les effets observés sont excellents, à de rares exceptions près. On évite, ainsi, aussi bien le spasme que l'hypotonie. La dilatation est accélérée et peu douloureuse. La rupture prématurée des membranes est plus rare (14 pour 100) que dans les cas témoins (30 pour 100).

Le régime sans sel est prescrit dans les quatre ou cinq dernières semaines. L'alimentation se compose principalement de fruits et de légumes avec addition de calcium et de vitamines C et D.

Le régime n'est pas nuisible à l'enfant.

Il n'y a pas de modification de la chlorémie. La suppression du sel limite l'imbibition des tissus et, en particulier, du tissu utérin, qui rend les contractions plus efficaces. Cette déshydratation diminue la résistance des parties molles à la dilatation. D'autre part, les spasmes sont évités par le fait d'un changement dans la répartition du calcium: augmentation du calcium lié aux protides.

HENRI VIGNES.

### JOURNAL DE CHIRURGIE
### (Paris)

**G. Angelesco, N. Popovici** et **Balutza** (Bucarest). ***Escarres sacrées massives après rachianesthésie*** (*Journal de Chirurgie*, t. 52, n° 1, Juillet 1938, p. 54-57). — L'observation est celle d'une femme de 45 ans qui, 4 ans auparavant, a déjà subi l'ablation des annexes gauches sous rachianesthésie à la novocaïne et qui est de nouveau admise et opérée sous rachianesthésie pour kyste de l'ovaire droit avec torsion du pédicule. La rachianesthésie fut faite sans incidents techniques et avait été préparée, une demi-heure avant l'opération, par une ampoule de cardiosol-ephédrine.

Au troisième jour après l'opération douleurs de la région sacrée où l'on constate une rougeur diffuse. Malgré tous les soins, élimination d'une escarre dépassant les limites du sacrum, suivie d'un processus de réparation qui permet à la malade de quitter le service 25 jours après l'opération, en voie de cicatrisation. Il n'y avait ni glucosurie, ni azotémie, ni troubles nerveux.

La revue de la littérature chirurgicale montre la rareté des cas semblables; ceux de Darget et Ducuing ont quelque ressemblance avec celui des auteurs.

L'étude étiologique conduit à éliminer successivement l'action de l'adrénaline, l'altération de l'anesthésique avec augmentation de la toxicité de la solution. L'hypothèse plausible est celle des lésions traumatiques médullaires et radiculaires produites par l'aiguille, pas assez graves pour déterminer des accidents paralytiques, mais suffisantes à constituer une épine irritative des nerfs vasomoteurs et trophiques et par suite l'apparition du trouble trophique.

La compression exercée sur la région sacrée par le décubitus dorsal, maintenu pendant les 24 ou 48 premières heures consécutives à l'opération, vient ajouter son action à celle du traumatisme médullaire.

L'objection est la rareté des escarres qui s'oppose à la fréquence des lésions produites par l'aiguille. Behlohrodsky, en 1937, a attribué l'apparition des escarres après rachianesthésie à une action chimique exercée sur le système nerveux par le produit injecté (novocaïne) ou même par l'injection d'alcool iodé dans la cavité utérine faite simultanément.

P. GRISEL.

**G. Gross.** ***La pathogénie de l'infarctus génital par injection intra-utérine d'eau savonneuse*** (*Journal de Chirurgie*, t. 52, n° 3, Septembre 1938, p. 311-330). — Au Laboratoire de Chirurgie expérimentale de la Faculté, G. s'est efforcé d'établir la pathogénie de l'infarctus génital qui suit parfois l'injection abortive intra-utérine d'eau de savon. Si le mémoire n'apporte pas de solution précise aux questions qu'il pose, c'est qu'aucune donnée du problème n'est certaine. Cet infarctus ne se produit pas qu'à la suite des injections savonneuses; il peut être la suite infectieuse d'autres manœuvres abortives, il peut être spontané et même se produire en dehors de la gravidité; l'injection savonneuse est d'une pratique courante et l'infarctus est rare, G. éliminant l'explication de sa production par l'excès de pression de l'injection ou par la nature et la concentration de la solution injectée. L'infarctus « s'établit par un mécanisme qui peut être déclenché par des facteurs divers ».

L'expérimentation reproduit l'infarctus, de façon aseptique, par le savon seul. Elle montre la pénétration de la solution dans les lacs sanguins maternels et de là dans la circulation veineuse.

Le mode d'action est discuté. *In vitro*, les globules rouges sont lysés et l'hémoglobine détruite; le sang total est transformé en une gelée consistante ; dans la pénétration intra-vasculaire, l'injection savonneuse, par gélification du sang et hémolyse, amène l'obturation du vaisseau dont la section n'est bientôt plus suivie d'hémorragie.

L'action caustique, qui se présente d'elle-même à l'esprit, n'est pas établie, et une injection savonneuse intra musculaire, qui détermine à distance la mort par anurie, ne détermine pas de lésions locales au point d'injection. L'action essentielle est due à l'irritation de la paroi vasculaire, avec vaso-constriction réflexe pour conséquence, suivant le mécanisme admis pour l'embolie pulmonaire, le savon agissant comme les autres corps irritants employés en expérimentation. Libération locale d'histamine ou de substance de Lewis, décharge d'adrénaline s'opposent, les lésions variant d'intensité et d'extension suivant la prédominance de l'une d'elles. Mais cette vaso-dilatation histaminique, d'après les constatations histologiques, n'a pour conséquence que l'œdème et l'infiltration leucocytaire, l'infarctus vrai par erythrodiapédèse demandant pour se produire l'addition d'un choc d'intolérance que l'on peut imaginer produit soit par la sensibilisation due à des injections antérieures d'eau de savon, soit par un état d'hyperergie histaminique prédisposant, présenté par certains individus.

L'infection peut avoir sur les fibres nerveuses les mêmes effets que l'eau de savon et il existe des infarctus génitaux de cause infectieuse. Cependant, pour les cas où des lésions infectieuses ont été trouvées associées à l'infarctus par injection savonneuse, G. admet qu'elles n'ont qu'un caractère secondaire.

Enfin les injections expérimentales d'eau de savon dans les vaisseaux déterminent des accidents hépatiques et rénaux. En clinique, le syndrome ictéro-azotémique correspondant est attribué au passage du liquide savonneux dans la circulation avant qu'il ait oblitéré les vaisseaux utérins par thrombose directe et par vaso-constriction réflexe; sa pathogénie est différente de celle de l'infarctus et ils peuvent exister l'un sans l'autre.

Le mémoire se termine ainsi: « A côté des faits expérimentalement établis, nous avons souvent émis des hypothèses qui nous paraissent logiques, mais qui demanderont encore un apport de faits expérimentaux et cliniques pour être mieux étayées. »

P. GRISEL.

### REVUE D'IMMUNOLOGIE
### (Paris)

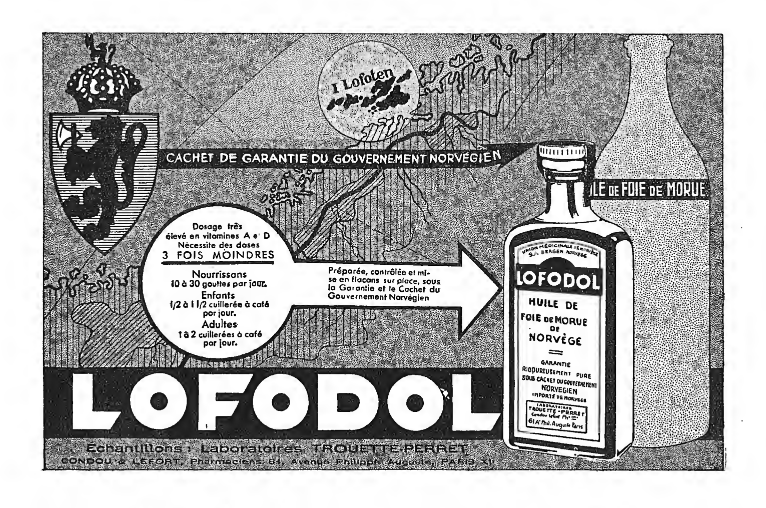
**C. Levaditi, R. Fasquelle, J. Mesrobeanu, L. Reinie, Mme L. Stamatin** et **R. Bequignon.** ***Les « sélecteurs »*** (*Revue d'Immunologie*, t. 4, n° 6, Novembre 1938, p. 481-497). — Il y a différentes raisons de penser qu'un ultravirus, même isolé à l'état de pureté, est constitué d'éléments corpusculaires correspondant aux variétés R. et S. des cultures microbiennes. C'est ainsi que pour le vaccin jennérien on peut distinguer une affinité prédominante soit pour les tissus d'origine ectodermique (variété E), soit pour ceux d'origine mésodermique (variété M). Les sélecteurs sont les systèmes capables de sélectionner ces variétés E et M. Il en existe beaucoup : névraxe du lapin, membrane chorio-allantoïde de l'œuf de poule incubé, cultures de tissus, néoplasmes, etc. Leur étude permet de constater qu'ils n'ont pas tous la même efficacité : la membrane chorio-allantoïde et les cultures cellulaires permettent de transformer le dermovaccin en neurovaccin plus rapidement que l'encéphale du lapin. On peut expliquer l'infériorité de ce dernier sélecteur soit par les caractères histologiques de cet organe dont les éléments épithéliaux l'emportent de beaucoup sur les éléments mésodermiques, soit par les variations individuelles rencontrées d'un animal à l'autre et que l'on peut attribuer aux antécédents individuels et à l'hérédité de chaque lapin. D'ailleurs les caractères originels de la souche de virus soumise à la sélection ont aussi une grande importance pour le résultat final.

J. BRETEY.

### REVUE DE LA TUBERCULOSE
### (Paris)

**C. Auguste** et **R. Pluchard** (Hôpital Albert-Calmette à Lille). ***Diagnostic des perforations pulmonaires par l'épreuve de la menthe*** (*Revue de la Tuberculose*, Ve série, t. 4, n° 9, Novembre 1938, p. 1010-1025). — Ce moyen nouveau de diagnostic consiste essentiellement à rechercher si le malade perçoit ou non l'odeur des vapeurs d'essence de menthe poivrée introduite dans la cavité pleurale. Après avoir précisé la technique de l'épreuve, les auteurs exposent ses résultats chez les sujets indemnes de perforation et chez ceux qui sont atteints ou suspects de perforation. Quand l'épreuve est positive, le sujet reconnaît immédiatement l'odeur de la menthe si on le fait tousser; il convient de ne pas le prévenir à l'avance de ce qu'il doit éprouver.

Cette épreuve simple et d'innocuité parfaite peut rendre de grands services pour le diagnostic des perforations pulmonaires. Elle a une valeur diagnostique très supérieure à celle du test manométrique. Elle permet notamment de découvrir des perforations spontanées très étroites qui échappent à tous les autres moyens d'investigation, de suivre l'évolution des fistules et de cons-


I Lofoten
CACHET DE GARANTIE DU GOUVERNEMENT NORVÉGIEN
HUILE DE FOIE DE MORUE
Dosage très élevé en vitamines A et D
Nécessite des doses
3 FOIS MOINDRES
Nourrissons
10 à 30 gouttes par jour.
Enfants
1/2 à 1 1/2 cuillerée à café par jour.
Adultes
1 à 2 cuillerées à café par jour.
Préparée, contrôlée et mise en flacons sur place, sous la Garantie et le Cachet du Gouvernement Norvégien
LOFODOL
HUILE DE FOIE DE MORUE DE NORVÈGE
GARANTIE RIGOUREUSEMENT PURE SOUS CACHET DU GOUVERNEMENT NORVEGIEN
LOFODOL
Echantillons : Laboratoires TROUETTE-PERRET
CONDOU & LEFORT, Pharmaciens, 61, Avenue Philippe Auguste, PARIS XI

tater éventuellement leur fermeture, de diagnostiquer sans retard toutes les perforations opératoires du pneumothorax thérapeutique. Il est indiqué d'y avoir recours chaque fois qu'on soupçonne une perforation spontanée ou qu'on court le risque d'une perforation opératoire.

L. Rivet.

### JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

**M. Ansel.** ***Les rats et les campagnols en pathologie humaine. Maladies transmises par les muridés ou dont ils sont des réservoirs de virus*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **56**, n° 39, 25 Septembre 1938, p. 229-243). — Outre les ennuis et les dégâts causés par ces rongeurs, les muridés sont responsables du transport, de la conservation et de la transmission à l'homme d'un grand nombre de maladies. On peut compter plus de 25 affections graves dans lesquelles ils interviennent. Les unes sont des maladies à virus, comme la rage et la suette miliaire, d'autres des affections bactériennes dont la plus grave et la plus connue est la peste. Les rats sont les réservoirs de virus de nombreuses spirochétoses, de quelques leishmanioses et trypanosomoses. Ils sont porteurs et diffuseurs d'un grand nombre de parasites, des vers de la série des trématodes, des cestodes ou nématodes. Les parasites qu'ils hébergent, acariens ou insectes, jouent souvent un rôle important dans la transmission à l'homme des maladies.

L'importance du rôle néfaste joué par les diverses familles des muridés dans la pathologie humaine doit inviter à poursuivre énergiquement leur destruction.

Robert Clément.

**R. Desplats.** ***La rœntgenthérapie anti-inflammatoire: furoncles, anthrax, furonculose*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. 56, n° 47, 20 Novembre 1938, p. 445-452). — Dans 4 furoncles du nez, 1 de la lèvre supérieure et 1 de la joue, D. a obtenu un bon résultat, en général après deux séances de radiothérapie de 13 à 45 r. Il y eut 3 guérisons sans suppuration et 3 suppurations.

Sur 3 anthrax de l'avant-bras, de la nuque, de la face dorsale de la main, la radiothérapie paraît aussi efficace ainsi que dans un certain nombre de pyodermites et de poussées furonculeuses.

La téléradiographie segmentaire, employée dans les localisations inflammatoires multiples, paraît agir par l'intermédiaire du sang circulant d'une façon indirecte.

Si l'on veut éviter la suppuration, la radiothérapie doit être pratiquée dès le début des accidents.

A la suite de séances de radiothérapie locale, D. a vu des poussées nouvelles de furoncles loin du foyer irradié. Au contraire, la téléradiothérapie segmentaire à vaste champ a conféré une certaine immunité, sauf dans un cas.

Robert Clément.

### LYON MÉDICAL

**A. Dumas.** ***Stokes-Adams paroxystique au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 39, 25 Septembre 1938, p. 309-314). — Le syndrome décrit par Adams et Stokes évolue habituellement comme une affection chronique. Une phase troublée de blocs incomplets temporaires s'accompagne d'accidents lipothymiques, syncopaux et épileptiques jusqu'à ce que le rythme devienne régulier.

Des symptômes analogues ont pu être imputés à un même trouble du rythme cardiaque, mais transitoire et momentané et se produisant au cours de maladies infectieuses. En tête de celles-ci, il faut inscrire la maladie de Bouillaud. Au cours de cette affection les accidents sont en général assez frustes au point de vue clinique et comportent surtout des troubles du rythme plus ou moins prolongés et persistants, que l'électrocardiographie permet de considérer comme relevant non d'extrasystoles banales, mais de pauses ventriculaires réelles par blocs transitoires.

Chez une femme de 42 ans, atteinte de maladie de Bouillaud, avec endocardite mitrale, se développèrent des accidents dramatiques, crises convulsives et mort apparente, réanimation par injections intra-musculaires d'adrénaline. Le pouls, lent et irrégulier aux environs de 30, permet de penser qu'il s'agissait d'un bloc auriculo-ventriculaire.

Les états de bloc auriculo-ventriculaire paroxystique au cours des maladies infectieuses, de la maladie de Bouillaud en particulier, ne sont pas exceptionnels, un certain nombre ont été publiés.

Robert Clément.

**P. Santy** et **P. Mallet-Guy.** ***Enquête sur les résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 44, 30 Octobre 1938, p. 445-465). — S. et M. ont pu retrouver 93 anciens opérés de gastrectomies pour ulcère de l'estomac, dont les interventions s'échelonnent entre Août 1925 et Mai 1937. 59 ont pu être examinés radioscopiquement, l'acidité gastrique a pu être étudiée dans 31 cas et l'activité de la sécrétion pancréatique chez 22 opérés. Enfin, 12 numérations globulaires n'ont pas révélé l'évolution d'un processus anémique.

9 opérés ont été revus après un délai de 8 à 13 mois, 30 après 3 à 6 ans; 23, après 2 à 3 ans et 31 après une période de 1 à 2 ans.

Aucun des 93 gastrectomisés n'a plus jamais présenté le moindre symptôme douloureux permettant d'affirmer ou de soupçonner la récidive du processus ulcéreux. Aucun n'a fait de complications tardives: hémorragie, sténose de la bouche anatomique, perforation.

Par contre dans une proportion relativement importante sont notés de petits troubles fonctionnels et chez beaucoup l'intervention n'a été suivie que d'une lente et souvent incomplète reprise de poids.

Plus on se rapproche de l'intervention, plus le pourcentage des troubles fonctionnels augmente. Sur 31 opérés revus au cours de la deuxième année, 15 fois les digestions étaient pénibles, il y avait lourdeur après les repas et assez souvent digestions lentes avec vomissements. Ces troubles semblent évoluer progressivement vers une amélioration spontanée dont les délais s'échelonnent sur plusieurs années.

Le déficit pondéral qui persiste chez les gastrectomisés paraît indépendant des troubles fonctionnels digestifs, indépendant également de l'état d'anémie observé parfois Lui aussi tend à diminuer à mesure que l'on s'éloigne de l'intervention. A l'origine de ce déficit pondéral, on peut incriminer un défaut d'alimentation tenant à un régime trop strict, mais le plus souvent, il s'agit d'opérés ayant subi une résection très large, bien que ce ne soit point là un facteur constant.

Robert Clément.

**P. Santy, P. Mallet-Guy, M. Chambon** et **P. Folliet.** ***Modifications chimiques du fonctionnement des gastrectomies*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 45, 6 Novembre 1938, p. 485-500). — L'étude chimique du suc gastrique a été pratiquée chez 54 sujets dont l'estomac avait été réséqué par gastrectomie de 8 ans à quelques mois auparavant.

Aucun examen n'a permis de déceler la présence d'acide chlorhydrique libre. Le taux d'acide combiné varie dans d'assez grandes proportions. Dans 9 observations il s'échelonnait entre 1,15 *g.* et 0,90 pour 1000, avec 6 fois excellents résultats fonctionnels et poids égal ou supérieur, au poids antérieur. Les 3 autres avec déficit pondéral se plaignaient de douleurs et de troubles digestifs. Dans 20 cas, le taux d'acide combiné était de 0,90 à 0,60 pour 1000 avec 8 résultats excellents à tous points de vue et 9 avec déficit pondéral et digestion difficile. 17 opérés enfin, avaient un taux d'acide combiné inférieur à 0,60, 5 ayant repris leur poids et ne présentant aucun trouble.

Si l'on confronte les données du chimisme gastrique au résultat de l'examen radiologique, il apparaît que lorsque la gastrectomie a laissé un moignon de dimension suffisante, le taux du chimisme de l'acidité gastrique joue un rôle prépondérant dans la persistance du déficit pondéral. Au contraire, lorsque le moignon gastrique est petit, de capacité réduite, le facteur anachlorhydrie s'efface devant le facteur capacité réduite.

De ces recherches, on peut déduire que lorsque le poids reste insuffisant après gastrectomie, en dehors de toute erreur alimentaire, il est indiqué de conseiller une médication chlorhydrique. Si la radiologie montre un moignon gastrique de toute petite capacité, il y a peu à espérer d'un tel traitement, il faut alors fractionner les repas.

Il en découle aussi que la résection gastrique doit être la plus économique possible.

Robert Clément.

**A. Marcantonio** (Naples). ***L'ultra-virus tuberculeux, agent déterminant de la cirrhose atrophique*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 46, 13 Novembre 1938, p. 513-526). — Ayant injecté à un cobaye de 500 *g.* dans la peau, à intervalle de 4 jours, 4, 5, 10, puis 15 *cm*³ de sang, défibriné, dilué et filtré, d'un lapin atteint de tuberculose miliaire aiguë expérimentale, M. le sacrifia 14 jours après. Il constata que le foie avait diminué de volume et augmenté de consistance, sa surface était sillonnée de stries brunâtres. La rate était augmentée de volume, les poumons, les reins et le cerveau étaient hyperémiques. L'examen histologique montrait une forte hyperplasie du tissu conjonctif portal entourant, sous forme annulaire, les cellules hépatiques plus ou moins détruites. Certains nodules étaient fibromateux, très riches en éléments cellulaires. Même sclérose hyperplasique au niveau de la rate. En plusieurs points, nodules constitués de plaques cellulaires endothéliales, cellules hypercolorées, quelques-unes à 2 noyaux. La recherche du bacille de Koch fut négative au niveau du foie et de la rate. M. rapproche ces lésions de la cirrhose atrophique du foie de Laënnec et en tire des déductions pathogéniques.

L'ultra-virus tuberculeux serait l'agent déterminant de la cirrhose atrophique du foie; cette étiologie expliquerait les cas dans lesquels on ne trouve pas d'étiologie nette, l'augmentation de volume de la rate, etc..

Robert Clément.

**A. Dufourt.** ***A propos du traitement de la tuberculose pulmonaire en général et de la chrysothérapie en particulier*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 47, 20 Novembre 1938, p. 541-549). — Depuis 14 ans, la chrysothérapie a été employée sur une très large échelle au traitement de la tuberculose pulmonaire. Après une phase d'engouement, on tend actuellement vers son abandon progressif.

Si l'on pose la question suivante: « Oui ou non, l'or a-t-il été utile à l'ensemble ou même simplement à la majorité des tuberculeux pulmonaires? » A ceci, nous répondrons : non.

Le plus terrible reproche que l'on doive adresser à l'or est d'avoir trop souvent empêché en temps utile la création d'un pneumothorax artificiel. Aucune thérapeutique n'aura rendu incurables autant de tuberculeux.

Cela ne veut pas dire qu'il faille rayer les sels d'or de l'arsenal antituberculeux. Ils peuvent

rendre service, et quelquefois modifier l'évolution de la tuberculose pulmonaire en imprimant aux lésions existantes une allure fibreuse. La chrysothérapie a ses indications, son emploi doit être limité à certaines formes de la maladie peu nombreuses en vérité.

L'or doit céder la place prééminente qu'il a occupée et qu'il occupe encore dans certains milieux pour le traitement de la tuberculose pulmonaire; il constitue non pas une thérapeutique spécifique, mais une médication adjuvante. Il ne doit pas faire concurrence au pneumothorax qui comporte moins de risques et peu de contre-indications.

ROBERT CLÉMENT.

## FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

**H. Reitan.** ***Contribution au diagnostic radiologique des diverticules du péricarde et des péricardites enkystées*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **58**, n° 3, Septembre 1938, p. 195-213). — R. rapporte 4 observations personnelles (résumées et illustrées de documents radiographiques) considérées comme des diverticules du péricarde, ou des péricardites encapsulées, à l'examen radiologique, en raison des signes propres à ces affections qui avaient été observés.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait, dans 2 de ces cas, de péricardite enkystée à cholestérine, et d'un kyste dermoïde.

A l'occasion de ces observations, l'auteur passe en revue 51 cas qu'il a pu relever dans la littérature et expose les différents aspects que peuvent présenter des kystes ou des épanchements diverticulaires du péricarde ou des régions voisines qu'il convient de différencier des diverticules vrais du péricarde. Précisant les éléments du diagnostic différentiel, l'auteur définit les groupes suivants de ces affections :

1° *Diverticules du péricarde : a*) vrais, sans doute d'origine congénitale; *b*) hernie péricardique de la séreuse.

2° Ce groupe doit être nettement séparé du groupe des *péricardites enkystées* consécutives à l'existence de calcifications partielles, aiguës ou chroniques du péricarde.

Il n'a pas encore été observé de diverticules de traction qui devraient faire l'objet d'une classification à part.

Les diverticules sont sans danger et n'ont que peu d'importance pratique; il convient, au contraire, de considérer sérieusement les péricardites enkystées qui accompagnent les calcifications, et l'existence de la péricardite, phénomène secondaire accessoire, ne doit pas les faire méconnaître. En général, le diagnostic de « diverticule du péricarde » ne peut permettre de reconnaître simultanément, comme l'ont admis Kienbock et Weiss, une péricardite adhésive.

MOREL KAHN.

**A. Beutel.** ***Observations radiologiques à propos des lésions œsophagiennes récentes*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **58**, n° 3, Septembre 1938, p. 223-227). — D'une manière générale, la littérature radiologique concernant les lésions des voies digestives supérieures ne passe en revue que les lésions tardives. B. a eu l'occasion d'observer 3 cas récents d'accidents œsophagiens consécutifs à l'ingestion de potasse et d'acide (tentatives de suicide, examens pratiqués 2, 3 et 16 jours plus tard) qu'il a pu étudier en utilisant la méthode d'examen des plis muqueux.

B. expose les signes radiologiques permettant, peu après les accidents, de différencier les lésions récentes dues à l'action d'une base ou d'un acide, signalant que, dans le cas qu'il a observé de brûlure par l'acide chlorhydrique, il a pu constater des ulcérations multiples.

MOREL KAHN.

**W. Hetzar.** ***Radiosensibilité de la peau, notamment en rapport avec les sécrétions des glandes endocrines*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **58**, n° 4, Octobre 1938, p. 291-343). — L'origine des variations de sensibilité aux rayons X des tissus d'organismes supérieurs ne semble pouvoir être rapportée qu'à des problèmes biologiques, et il paraît bien que les minimes variations fonctionnelles des cellules sont en rapport avec les réactions générales des tissus aux stimuli provoqués par les radiations.

Ces réactions variables ne peuvent guère se comprendre que par les actions réciproques des différents composés de l'organisme entre eux. On sait, depuis longtemps, qu'un système donné, à savoir le système des glandes endocrines, agit à distance sur les différentes fonctions organiques et, par suite, détermine les réactions des tissus en particulier aux stimuli.

En provoquant expérimentalement sur des animaux des troubles de fonctionnement des glandes endocrines, il a été possible de mettre en évidence les modifications que l'irradiation provoque au niveau des tissus frappés par celle-ci, notamment dans les cas où cette action diffère de la réaction de tissus normaux. En vue de cette expérimentation, H. préconise l'étude de la *dermatite exsudative*, qu'il est aisé de provoquer sur la peau des rats, en raison de la distinction facile entre ses différents degrés et de la constance remarquable des réactions obtenues dans des conditions semblables.

Ces travaux expérimentaux ont montré l'action de l'irradiation des organes génitaux femelles sur les tissus périphériques et les fonctions reproductrices (les réactions en sont augmentées sous l'influence des radiations); l'absence de ces manifestations (après castration, par excès de production artificiellement réalisé de prolan) prouve que les radiations ont alors une action inhibitrice sur les processus normaux du métabolisme.

Des expériences effectuées il a été possible de tirer des conclusions en ce qui concerne les actions opposées du lobe antérieur de l'hypophyse et des glandes sexuelles. Il ne semble pas, d'ailleurs, que les glandes génitales mâles jouissent de propriétés analogues à celles des glandes femelles au point de vue de l'action à distance, la castration ne modifiant pas la nature des réactions.

D'un autre côté, il a été possible de prouver l'influence de la thyroïde : en même temps qu'une sécrétion accrue de thyrotoxine, il existe une augmentation générale du métabolisme (manifestation précoce des modifications consécutives à l'irradiation); au contraire, après thyroïdectomie, il n'y a que peu de réponse à l'irradiation.

Après splénectomie on a observé des lésions cutanées accusées chez le rat, traduisant la nette diminution des fonctions tissulaires en général.

MOREL KAHN.

**H. H. Kalbfleisch** et **A. Klemm.** ***Diminution de l'espace pleural apical consécutive à une contraction pulmonaire bilatérale d'origine silicotique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **58**, n° 4, Octobre 1938, p. 365-374). — K. et K. ont observé, chez un homme de 35 ans, porteur de lésions dues à la silicose, une rétraction bilatérale des lobes pulmonaires supérieurs; entre les deux feuillets pleuraux, interne et externe, plus particulièrement dans la région apicale, on constate un espace légèrement voilé, comme une fente, sans dessin pulmonaire. Les auteurs admettent qu'il ne s'agit là, ni d'un pneumothorax du sommet, ni de pleurite, mais bien d'une diminution de pression de l'espace pleural.

Cette observation s'apparente à celle de Tonges et Kalbfleisch, qui ont constaté une rétraction pulmonaire consécutive à l'action du radium, au cours du travail industriel de celui-ci, s'accompagnant de modifications analogues de l'espace pleural. Il semble que ces manifestations soient dues au fait qu'il n'existe pas, ou que peu seulement, d'adhérences pleurales.

Il y a lieu, en vue de l'établissement du diagnostic, d'attacher une importance particulière à l'aspect normal du médiastin. Dans les cas signalés, l'apparition d'un pneumothorax spontané montre bien que les aspects observés peuvent être consécutifs à quelques autres modifications.

K et K. ne peuvent donner aucune précision sur le contenu de l'espace pleural qui paraît être une diffusion gazeuse provenant des alvéoles pulmonaires à travers la plèvre épaissie.

MOREL KAHN.

**E. Ellinger.** ***Anévrysmes des artères coronaires*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **58**, n° 4, Octobre 1938, p. 378-382). — E rapporte une observation d'anévrysme volumineux de l'artère coronaire droite, sans doute même le plus volumineux qui ait été rapporté jusqu'ici, survenu chez un homme de 34 ans, et dont le tableau radiologique était celui d'un anévrysme du cœur. Ce n'est d'ailleurs que lors de l'examen nécropsique que fut reconnu le diagnostic exact.

E. expose les principaux diagnostics différentiels auxquels il faut songer, et appelle l'attention sur le fait que toutes les fois que paraît se poser le diagnostic d'anévrysme du cœur dans la région où peuvent être incriminées les artères coronaires, il y aura désormais lieu de penser à la possibilité d'une ectasie de ces dernières.

MOREL KAHN.

## ZEITSCHRIFT FUR ALTERSFORSCHUNG (Dresde)

**G. Schlomka.** ***Les variations des fonctions cardiaques selon l'âge*** (*Zeitschrift für Altersforschung*, t. **1**, fasc. I, Juillet 1938, p. 38-48). — Les variations du système circulatoire en fonction de l'âge sont essentielles à connaître pour dissocier ce qui relève de la physiologie normale ou de la pathologie. Rien n'est plus vrai que l'assertion « l'homme a l'âge de ses artères ». Parmi les travaux récents abordant ce sujet, ceux de Wezler et Böger sont à signaler. Les modifications de l'électro-cardiogramme sont particulièrement à retenir. Normalement, l'électro-cardiogramme tend vers une prédominance gauche chez les sujets d'âge avancé. S. préconise, pour préciser les données, l'usage d'un index de type répondant à la formule :

$$I = \frac{(O_1 - U_1) - (O_3 - U_3)}{(O + U)\ max}$$

où O mesure numériquement l'amplitude maxima au-dessus de la ligne iso-électrique, et U cette amplitude au-dessous de la ligne iso-électrique du complexe ventriculaire. Ainsi, une prédominance droite donne un I négatif, tandis qu'une prédominance gauche donnera un I positif. Les recherches de S. aboutissent au tableau suivant :

| AGE | AGE MOYEN | INDEX | PRESSION SYSTOLIQUE moyenne | NOMBRE DE CAS |
|---|---|---|---|---|
| Au-dessous de 25 ans. | 19,8 | — 0,05 | 126 | 41 |
| De 26 à 40 ans . . . . | 34,6 | + 0,14 | 125 | 72 |
| De 41 à 55 ans . . . . | 47,8 | + 0,31 | 126 | 50 |
| Au-dessus de 55 ans. . | 62,5 | + 0,53 | 128 | 30 |

Il est à noter que la prédominance gauche croît avec l'âge alors que la pression systolique reste à peu près semblable. Ces données paraissent correspondre aux images radiologiques d'augmentation du ventricule gauche à un certain âge. L'index ne doit être interprété que quand la pression systolique est moyenne, sinon on aboutit à des chiffres fantaisistes particulièrement en cas de tension élevée.

Mesurant sur de nombreux sujets la durée de la systole ventriculaire et celle de la diastole en fonction de l'âge, S. utilise à cet effet le facteur F de Frédéric-Gleichung, qui est fonction de la racine cubique du grand intervalle. Ce facteur qui est en moyenne de 7,95 chez l'adulte jeune atteint 8,30 chez les vieillards, ne suivant pas la courbe ascensionnelle de la tension maxima. Il paraît en résulter que la durée de la systole s'accroît avec l'âge.

En étudiant les variations de l'arythmie respiratoire, S. arrive à la conclusion que celle-ci paraît diminuer avec l'âge.

On conçoit combien il serait utile tant des points de vue physiologiques que dans le domaine clinique, de préciser toutes les variations circulatoires en fonction de l'âge, seules données permettant d'interpréter les cas morbides. G. PATEY.

**M. Grauhan-Senftenberg.** ***Age et résection du cancer de l'estomac*** (*Zeitschrift für Altersforschung*, t. **1**, fasc. I, Juillet 1938, p. 49-56). — Dès que le diagnostic de cancer de l'estomac est porté, le seul espoir réside dans l'intervention chirurgicale. Encore faut-il nettement distinguer la forme courante du malade âgé et le néoplasme du jeune, d'évolution particulièrement sévère et rapide.

Pratiquement, dans les épithéliomas des individus d'âge avancé, la survie, en dehors de toute intervention, ne dépasse jamais 2 ans, et là encore est-ce un maximum rarement atteint.

Dans le pronostic des cancers gastriques, il y a lieu de tenir compte de nombreux facteurs: négligence des malades, refus d'opération ou acceptation tardive, etc. Aussi la relation d'une statistique homogène peut-elle être intéressante.

Du 1er Janvier 1929 au 31 Décembre 1936, donc en l'espace de 8 ans, G. a diagnostiqué 149 cas de cancer gastrique, soit par l'examen anatomique, soit par la radiologie, mais avec évolution confirmée. Le plus jeune malade était âgé de 26 ans, le plus vieux de 72. Des cas plus précoces sont connus (9 ans pour un malade de Karl), mais ne constituent que des curiosités. En fait, 6 sujets de G. n'avaient pas 30 ans, ce qui donne une proportion de 4 pour 100, et 10 pour 100 avaient dépassé 70 ans. Près de la moitié des malades (40 pour 100), étaient âgés de 60 à 70 ans. Cette notion a une importance, car, avant 55 ans environ, le sujet peut être considéré comme jeune, tandis qu'au delà l'opération radicale peut rarement être réalisée, et quand elle peut l'être, la mortalité opératoire croît notablement. Mais il est à noter que sur les cas non opérés, à diagnostic certain, la survie moyenne était de 4,35 mois. Au bout de 6 mois, 81 pour 100 des malades étaient morts, et seulement 3 survivaient sur 63 sujets un an après le diagnostic. Cependant, il est de fait que les sujets âgés se laissent beaucoup plus difficilement opérer que les jeunes, ce qui constitue une erreur pour les statistiques d'ensemble, sans parler des interventions pratiquées malgré des métastases, au Douglas, à l'ombilic ou au péritoine.

La seule technique opératoire logique est la résection: les autres ne sont que palliatives. Il est admis par beaucoup d'auteurs, que le cancer du cardia est inopérable. En réalité, celui-ci présente deux formes: une où il est associé ou secondaire à un cancer œsophagique; il relève des indications opératoires de ce dernier. Une autre où c'est un véritable cancer gastrique au voisinage du cardia. La résection est indiquée.

La résection totale ne paraît pas mériter sa mauvaise réputation. L'anastomose œsophago-duodénum doit être effectivement possible. Dans cette éventualité, il est préférable de la pratiquer au lieu de laisser un petit morceau d'estomac qui serait mal vascularisé.

En principe, la résection totale doit être le but de l'intervention, bien que des résections partielles palliatives permettent un rétablissement dans certaines circonstances du cours des aliments, d'où résulte une amélioration fonctionnelle. Mais l'âge joue grandement alors. Chez les malades au-dessous de 55 ans, 68 pour 100 ont pu être réséqués, tandis qu'au-dessus de cet âge, cette intervention n'a été réalisable que dans 54 pour 100 des cas.

La notion de la mortalité post-opératoire doit tenir compte du fait que le cancer de l'estomac non opéré ne pardonne pas. Sans intervention, 48 pour 100 des malades de G. étaient mourants au bout de 8 semaines, et 95,3 pour 100 morts au bout d'un an. Ceci explique que la mortalité de 37 pour 100 dans les 4 premières semaines après la résection ne soit pas énorme, loin de là.

L'âge joue grandement dans ce pronostic. Sur 28 résections après 55 ans, la mortalité dans les 4 semaines a été de 25 pour 100. Sur 23 résections faites devant un tableau critique, la mortalité s'est élevée à 2 pour 100. Mais la léthalité post-opératoire chez les sujets au-dessous de 50 ans est très faible (un seul cas à la clinique de G. avant 1934).

Le gros écueil reste évidemment la récidive après résection. Elle survient, en règle, précocement, bien que G. ait observé une malade qui a survécu 7 ans.

Chez le jeune, le cancer, qui a en règle une marche particulièrement rapide, est justiciable d'une façon absolue de la résection. Sur 21 jeunes opérés par résection, G. relève une malade ayant survécu 7 ans, et 3 sujets ne présentant pas de récidive après 4 ans.

Il semble que la résistance individuelle soit un gros facteur en faveur de l'intervention systématique à un âge relativement peu avancé.

G. PATEY.

### BRUXELLES MÉDICAL

**R. Sand.** ***L'abaissement de la mortalité est-il dû principalement à la médecine curative ou à la médecine préventive?*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 46, 18 Septembre 1938, p. 1489-1492). — La mortalité générale s'est abaissée, en Belgique, de 1910 à 1935, de 15,2 à 12,8 pour 1.000 habitants, c'est-à-dire des 16 pour 100. Mais si l'on ramène à ce qu'elle était en 1910, la composition de la population de 1935, on trouve une mortalité de 11,2 donc une réduction de 28 pour 100 sur la mortalité de 1910.

Les statistiques ne renseignent pas sur le rôle de l'alcoolisme et sur celui de la syphilis comme causes de décès. Beaucoup de catégories d'affections ne sont pas également enregistrées séparément. On ne peut donc comparer que d'une façon très approximative et pour les 3/4 seulement des décès, la mortalité de 1935 à celle de 1910.

L'augmentation de la mortalité par cancer n'est qu'apparente. Elle est due à un meilleur dépistage et à l'exactitude plus grande des déclarations des causes de décès. La mortalité a également augmenté pour les maladies du cœur, la néphrite, l'apoplexie cérébrale et la sénilité.

Parmi les affections qui causent aujourd'hui moins de décès qu'il y a 25 ans, il faut ranger les maladies transmissibles: la rage, le paludisme, la variole, le choléra. La mortalité de la fièvre typhoïde a passé de 1 à 0,16 pour 10.000; celle de la rougeole, de 3,4 à 0,36; celle de la scarlatine, de 1,5 à 0,15; celle de la coqueluche, de 3,3 à 0,66; celle de la diphtérie, de 1,4 à 0,46.

Or depuis 1910, on n'a pas inventé pour ces maladies de méthodes de diagnostic ou de traitement; si la mortalité a diminué des 5/6mes et plus, c'est qu'il y a eu moins de cas.

L'abaissement général de la mortalité semble dû bien plus aux progrès des conditions d'existence et de l'hygiène et à la médecine préventive plutôt qu'aux progrès thérapeutiques.

ROBERT CLÉMENT.

**L. K. Wolff** (Utrecht). ***L'action du sulfanilamide « in vitro » et « in vivo »*** (*Bruxelles Médical*, t. **18**, n° 47, 25 Septembre 1938, p. 1506-1513). — Une même concentration de sulfanilamide de 0,25 à 1 pour 10.000 dans du sang de cheval est sans effet sur la culture du streptocoque si l'ensemencement est fait avec une goutte de culture en bouillon-sang. Si on ensemence très peu de bacilles (60 par $cm^3$ par exemple), une concentration de 0,05 à 0,2 suffit pour empêcher la culture de pousser. En diminuant encore le nombre de streptocoques à ensemencer, les cultures sont stériles avec des concentrations encore plus faibles.

La sulfanilamide agit seulement sur les bactéries, qui se sont divisées en sa présence, elle agit sur le mécanisme de division des bactéries. L'action de la sulfanilamide est nulle quand les bactéries ne sont pas en division active; dès que les bactéries se sont divisées plusieurs fois, la division s'arrête soudain et les bactéries meurent.

Des recherches sur les bactéries jeunes et âgées montrent que ce n'est pas l'âge des bacilles, mais c'est le fait qu'ils se sont multipliés activement au contact de la sulfanilamide, qui décide de leur sort.

La sulfanilamide n'entrave pas la phagocytose et n'altère pas les cellules du tissu réticulo-endothélial. Elle diffuse à travers tous les tissus et n'a de préférence pour aucun type cellulaire.

ROBERT CLÉMENT.

**S. Pisani** (Florence). ***A propos du rhumatisme aigu (Considérations doctrinales et pratiques)*** [*Bruxelles Médical*, t. **19**, n° 5, 4 Décembre 1938, p. 139-157]. — Le rhumatisme aigu est une entité clinique qui n'a rien à voir avec les arthrites aiguës provoquées par une maladie ou un germe connus.

P. passe en revue les hypothèses allergiques, streptococcique, tuberculeuse, proposées pour expliquer l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Bouillaud et en réfute les divers arguments. Le rhumatisme aigu peut être considéré comme une maladie infectieuse provoquée par un agent encore inconnu, mais réel et existant.

Il émet ensuite quelques aphorismes sur l'aspect clinique de l'affection.

L'étude anatomo-pathologique montre que « lorsqu'on rencontre une granulomatose rhumatismale extra-articulaire particulièrement diffuse, la lésion pleurétique gauche est plus fréquente que la droite, accompagne presque dans tous les cas la péricardite, de même que la lésion du myocarde est beaucoup plus profonde que celle des orifices valvulaires ». Elle met en évidence, en outre, l'extrême lenteur de la cicatrisation du granulome rhumatismal et plus précisément du nodule d'Aschoff, alors que la maladie semble guérie depuis des mois.

Ces notions montrent qu'il faut donner le salicylate rapidement et à hautes doses et prolonger son administration longtemps après la période aiguë de la maladie, pendant 3 ou 4 mois.

L'amygdalectomie à froid a diminué dans tous les pays les récidives de la maladie de Bouillaud. Avec la cure salicylée prolongée, elle est la meilleure arme contre le retour des attaques de la maladie.

Le régime alimentaire avec peu d'hydrates de carbone, des protéines en quantité modérée et pas de modifications des substances grasses paraît être le plus favorable. Les cures fructo-végétariennes un ou deux jours par semaine semblent calmer les douleurs et diminuer la fièvre.

ROBERT CLÉMENT.




# CHLORO-CALCION

### JOURNAL INTERNATIONAL DE CHIRURGIE (Bruxelles)

**S. Hybbinette** (Stockholm). ***Considérations sur le cancer du rectum et sur son traitement actuel*** (*Journal International de Chirurgie*, t. **3**, n° 4, Juillet-Août 1938, p. 379-412). — Ces considérations portent sur une expérience personnelle donnée par 243 patients, dont 113 subirent une opération radicale. Ces opérés appartiennent à deux groupes : le premier au nombre de 48 appartient à la clientèle privée, le second au nombre de 65 à celle de l'Hôpital du Sabbatsberg.

D'une façon générale, H. regarde la résection du rectum avec abaissement, et intromission du bout supérieur dans le canal anal conservé, comme idéale pour les cas de cancer haut situé et reconnu précocement ; l'état de ses malades ne lui a permis de la pratiquer que 8 fois.

Pour les cancers bas situés, l'amputation avec colostomie définitive s'impose.

Dans 3 cas de cancer ano-rectal où, au cours de la laparotomie initiale, H. avait constaté que les ganglions rectaux supérieurs n'étaient pas infectés, il sectionna l'S iliaque au point convenable pour la colostomie, puis extirpa le reste de l'S iliaque de haut en bas jusqu'au rectum pelvien en fermant le moignon inférieur par invagination. Dix à quatorze jours plus tard, au couteau diathermique, ablation du cancer ano-rectal (en allant à distance dans le tissu adipeux du creux ischio-rectal), en laissant sur place la partie supérieure du rectum qui avait été fermée par en haut au temps abdominal, et dont la cavité reste ouverte et est simplement tamponnée. Il reste au fond de l'entonnoir cicatriciel un petit canal rectal rétréci, donnant seulement un peu de mucus sans odeur, ne réclamant que quelques pansements faits par l'opéré. L'opération ainsi menée n'a pas la gravité de l'amputation totale du rectum et elle est chaudement recommandée pour les cancers ano-rectaux sans envahissement du groupe ganglionnaire rectal supérieur.

Voici le résumé de la statistique des deux groupes :

I. *Clientèle privée.* — Les 48 opérations radicales comprennent :

6 résections avec anus conservé et abaissement;
6 amputations du rectum avec anus sacré;
1 amputation du rectum avec anus périnéal;
35 extirpations totales du rectum avec colostomie définitive (dont 32 en un seul temps et 3 après radiothérapie); elles ont donné les 4 seuls décès post-opératoires de cette série (11,4 pour 100).

Les 44 survivants se répartissent ainsi :
Décédés avant 3 ans : 7 = 15,9 pour 100;
Vivants après 3 ans : 36 = 81,8 pour 100;
Vivants après 6 ans : 23 = 52,3 pour 100;
Vivants après 10 ans : 18 = 40,9 pour 100;

II. *Clientèle de l'Hôpital de Sabbatsberg.* — Les 65 opérations radicales comprennent :

2 résections avec abaissement à l'anus;
4 amputations avec anus sacré;
59 extirpations totales et colostomie définitive, qui ont donné 18 décès post-opératoires et ont eu ainsi une mortalité de 30,5 pour 100.

Les 47 survivants se répartissent ainsi :
Décédés avant 3 ans : 13 = 29,8 pour 100;
Vivants après 3 ans : 31 = 66 pour 100;
Vivants après 6 ans : 21 = 44,7 pour 100.
Vivants après 10 ans : 9 = 19,1 pour 100.

Des considérations sur l'âge des opérés, sur l'état des lésions au moment de l'opération amènent H. à insister surtout sur la nécessité d'un diagnostic précoce dont l'influence favorable apparaît dans la différence de la mortalité opératoire des deux groupes : 11,4 pour 100 dans la clientèle privée où ce diagnostic précoce se trouve au moins partiellement réalisé, et 30,5 pour 100 dans la clientèle hospitalière qui ne se présente que trop tardivement.

P. Gibsel.

### REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

**J. F. Wilkinson** (Manchester). ***L'anémie achrestique*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **10**, n° 4, Avril 1938, p. 191-199). — Sous le nom d'anémie achréstique, W. décrit une anémie mégalocytaire, hyperchrome, grave, qui ressemble de près à l'anémie pernicieuse, mais en diffère par certains points importants, dont il a eu l'occasion d'observer 8 cas.

Elle est caractérisée par : 1° une anémie ressemblant à l'anémie pernicieuse, mais avec peu de troubles gastro-intestinaux et aucune participation du système nerveux, sans fièvre ni symptômes d'hémolyse; 2° la présence d'acide chlorhydrique libre et d'hémopoïétine en quantité normale dans le suc gastrique; 3° la présence d'une grande quantité de principes anti-anémiques dans le foie; 4° l'absence de réponse satisfaisante à l'hépatothérapie la plus intense; 5° une hyperplasie mégaloblastique de la moelle osseuse et 6° des lésions histologiques ressemblant de près à celles de l'anémie pernicieuse.

L'anémie achrestique est une affection rare, s'observant du début de l'âge adulte à la vieillesse; le début est insidieux. L'évolution est chronique; le patient ne récupère jamais une santé normale et la mort est fatale.

Cette affection se présente comme primitive. On ne trouve aucun poison hémolytique connu, aucune toxémie, aucun facteur étiologique. W. pense qu'il s'agit d'un défaut d'utilisation ou de mobilisation du principe anti-anémique à partir de ses dépôts tissulaires.

Le traitement est décevant. Malgré les plus fortes doses d'extrait de foie en injections et les transfusions, l'affection progresse. La splénectomie est contre-indiquée.

Robert Clément.

**G. di Guglielmo** (Catane). ***L'érythrémie aiguë*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **10**, n° 4, Avril 1938, p. 200-214). — L'érythrémie aiguë ou myélose érythrémique aiguë est caractérisée par la présence dans le sang périphérique d'érythroblastes plus ou moins nombreux, pour la plupart basophiles et parfois atypiques.

Elle frappe des sujets en bonne santé après une période prodromale de 8 à 10 jours. A la période d'état, les principaux symptômes sont la fièvre, un syndrome d'anémie profonde, la splénomégalie et l'hépatomégalie. Les manifestations hémorragiques sont fréquentes. L'aspect général est celui d'une maladie grave et progressive.

Au point de vue anatomique, hématologique et clinique, l'érythrémie aiguë paraît être une entité morbide à caractères bien définis, d'étiologie inconnue. Entre l'érythrémie aiguë et la leucémie aiguë, les analogies sont nombreuses et essentielles, les différences apparentes et accessoires.

Les lésions essentielles de la moelle sont l'énorme prédominance des éléments de la série rouge, l'arrêt du développement de presque tous les éléments de la série rouge qui ne dépassent pas les premiers stades de l'évolution cellulaire, la présence d'érythroblastes atypiques. Il existe des cas à lésions mixtes érythrémiques et leucémiques.

Le pronostic est de la plus haute gravité. On n'observe aucune amélioration sous l'influence des divers traitements et l'évolution est inexorable et rapide vers la mort.

Robert Clément.

**E. Greppi** (Sienne). ***La maladie de Banti. Evolution et état actuel du problème*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **10**, n° 4, Avril 1938, p. 237-261). — La notion anatomo-clinique de maladie de Banti peut être conservée si l'on admet l'intervention précoce dans le tableau de la splénopathie d'un facteur vasculo-sanguin, c'est-à-dire que la réplétion et la dilatation de la circulation splénique sont la cause prépondérante de la splénomégalie.

L'autonomie de la maladie de Banti est admissible à condition de reconnaître l'existence d'un processus anatomo-fonctionnel développé pour son propre compte aux dépens de l'architecture vasculaire de la rate, indépendamment des faits primitifs d'hypertension portale et d'endopériphlébite spléno-portale.

Une étiologie spécifique cryptogénétique n'est pas probable. Entre les pseudo-Banti à fond syphilitique, malarique, bilharzien ou tuberculeux et beaucoup de cas de vrai Banti, il n'existe aucune opposition essentielle et, au contraire, toute une gamme de rapports directs et indirects.

Ces splénomégalies à structure congestivo-scléreuse sont nocives pour des raisons directes et indirectes et on est en droit de penser qu'une grande partie de ces méfaits peut être évitée en supprimant le viscère responsable. Pour diminuer le risque opératoire, G. est partisan d'une intervention réduite : la ligature de l'artère splénique à laquelle on peut combiner l'omentopexie. Mais la thérapeutique ne ne se limite pas aux moyens chirurgicaux, il est rationnel d'essayer les injections d'adrénaline et les injections d'extraits neuro-hypophysaires vaso-constricteurs.

Robert Clément.

**M. Goffart.** ***Etude clinique et biologique des épanchements pleuraux et cirrhotiques*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **10**, n° 6, Juin-Juillet 1938, p. 341-368). — Les épanchements pleuraux sont fréquents chez les cirrhotiques. Leur apparition et leur évolution se fait à bas bruit et ils demandent à être recherchés avec soin. Les signes physiques sont trompeurs, la radiologie sous-estime l'abondance du liquide, seule la ponction exploratrice permet de juger de l'importance de l'épanchement. Sauf complication septique, ces épanchements pleuraux n'aggravent pas le pronostic de la cirrhose.

Les liquides sont relativement pauvres en albumines, en fibrine et en cholestérol; leur cytologie est mixte avec toujours un peu de sang, le taux de chlore y est élevé.

La pathogénie est complexe. On peut invoquer les causes mécaniques de stase pulmonaire par relèvement du diaphragme, la baisse du pouvoir osmotique des protéines par inversion du rapport sérum-albumines sur globulines et la méiopragie capillaire.

La tuberculose doit être retenue parmi les causes possibles de pleurésie, mais elle n'était pas en cause dans les 10 observations rapportées dans ce travail.

Robert Clément.

**L. Blitstein** (Ougrée). ***Modifications physicochimiques après les interventions chirurgicales sous divers anesthésiques.*** V : ***La cholestérine*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **10**, n° 6, Juin-Juillet 1938, p. 371-386). — Chez les malades opérés sous anesthésie générale, on constate une diminution fréquente de la cholestérolémie. Elle est presque constante après anesthésie à l'éthylène; elle s'observe dans la moitié des cas après narcose à l'éther ou au protoxyde d'azote. Chez l'autre moitié des sujets soumis à cette anesthésie, les variations sont irrégulières ou le taux du cholestérol reste stationnaire. Sauf dans un cas, on n'a jamais observé d'augmentation au-dessus du niveau initial.

La baisse maximum du cholestérol se produit ordinairement entre le 4e et le 6e jour et comporte souvent une diminution de 30 à 40 *mg.* pour 100. Le retour à la normale est presque constant vers le 10e ou 13e jour.

La diminution de la cholestérolémie peut résulter de son utilisation pour la neutralisation des produits toxiques qui prennent naissance au cours de la des-

truction cellulaire opératoire. L'hyperazotémie post-opératoire peut également intervenir dans ce phénomène.

L'insuffisance hépatique, si fréquente après les opérations sous anesthésie générale, joue probablement aussi un rôle dans le déterminisme de cet abaissement. Enfin l'hypocholestérolémie post-opératoire peut ne pas avoir de signification spéciale. On la rencontre dans toutes les affections qui entraînent un affaiblissement de l'état général ou une diminution de la résistance de l'organisme. Ces phénomènes existent après les opérations et l'anesthésie et l'abaissement du cholestérol peut n'en être que la manifestation.

Robert Clément.

## AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

**Fred J. Taussig.** ***Etude des glandes lymphatiques dans le cancer cervical et dans le cancer vulvaire*** (*American Journ. of Obstetrics and Gynecology*, t. **36**, n° 5, Novembre 1938, p. 818). — T. a examiné au microscope 1.271 ganglions lymphatiques prélevés au cours d'opérations pour cancers génitaux: soit 2 Wertheim, 92 lymphadénectomies pour des cancers cervicaux traités par radium, 65 opérations de Basset pour cancer vulvaire et, en plus, 9 autopsies pour cancer du col. Le total des ganglions se décompose ainsi: 540 inguinaux, 212 iliaques externes, 259 obturateurs, 253 iliaques internes et 7 urétéraux. Les aspects histologiques étaient extrêmement variés. Sur 864 cas utilisables, il y avait 96 hyperplasies folliculaires dans les cancers cervicaux et 91 dans les cancers vulvaires, ces hyperplasies étant relativement fréquentes dans les ganglions inguinaux et dans les ganglions pelviens non irradiés. Dans les cas irradiés avant opération, les follicules étaient souvent détruits. L'hyperplasie endothéliale existait dans 120 ganglions par cancer utérin et 62 ganglions par cancer vulvaire. La dégénérescence hyaline a été observée dans 147 ganglions (84 utérins et 63 vulvaires): elle est en rapport avec les produits du métabolisme cancéreux. Dans 9 glandes en rapport avec des cancers cervicaux, on a trouvé des lésions d'endométrite. Des métastases ont été trouvées dans 46 pour 100 des cancers vulvaires et 35 pour 100 des cancers cervicaux.

Henri Vignes.

**W. J. Dieckmann** et **I. Brown.** ***Hypertension et grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **36**, n° 5, Novembre 1938, p. 798-818). — Jusqu'à ces dernières années, on distinguait éclampsie, pré-éclampsie, néphrite aiguë et néphrite chronique. L'éclampsie et la pré-éclampsie sont à conserver; mais, quant aux autres affections voisines, il y a lieu d'utiliser la terminologie des pathologistes, sans la modifier arbitrairement en raison d'une grossesse, et il faut considérer: la glomérulo-néphrite aiguë, la néphrose, la néphrite chronique, qui est la suite de la glomérulo-néphrite, les maladies vasculo-rénales et les hypertensions essentielles. Cette classification, tout à la fois pragmatique et rationnelle, n'est pas une simple satisfaction de l'esprit et comporte des pronostics différents et des traitements particuliers. D. et B. précisent les signes qui permettent d'affirmer ces diagnostics et ceux qui permettent de parler d'une forme grave. L'hypertension de la pré-éclampsie se distingue de l'hypertension essentielle par la réponse au test du refroidissement et par l'action de l'extrait hypophysaire. D. et B. ont relevé 47 pour 100 de pré-éclampsies, 35 pour 100 de néphrites, 12 pour 100 d'hypertensions, 4 pour 100 d'éclampsies et 0,5 pour 100 de glomérulo-néphrites aiguës.

Henri Vignes.

**Emil Novak.** ***Tumeurs masculinisantes de l'ovaire (Arrhénoblastomes et tumeurs surréno-ovariennes)*** [*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **36**, n° 5, Novembre 1938, p. 840]. — Alors que les tumeurs hyperféminisantes à cellule de la granulosa sont relativement fréquentes (10 pour 100 des cancers primitifs de l'ovaire), les arrhénoblastomes sont rares: N. en a relevé 45 cas dans la littérature et en apporte 6 inédits. Ces tumeurs sont malignes, mais à des degrés très divers: mort rapide, survie prolongée. L'effet biologique est de produire une déféminisation (aménorrhée, involution mammaire, disparition des dépôts adipeux propres au type morphologique féminin), puis une masculinisation (hirsutisme, gravité de la voix, hypertrophie du clitoris). Tous ces symptômes disparaissent rapidement après opération et de façon complète en général. La menstruation réapparaît 28 jours après. Cependant, la reféminisation se fait plus vite que la démasculinisation. 7 femmes, au moins, ont eu des enfants après retour de leur « incursion » au domaine des hommes.

L'apparition de ces symptômes et la constatation d'une tumeur ovarienne permet le diagnostic. Il faut distinguer l'arrhénoblastome des tumeurs virilisantes de la cortico-surrénale: mais, alors, on ne trouve pas de gros ovaire. Il faut savoir qu'il existe des tumeurs ovariennes provenant d'enclaves cortico-surrénaliennes dans le tissu ovarien. N. en a vu 3 cas (microphotographies reproduites).

Pour interpréter ces tumeurs, il faut être familiarisé avec tous les aspects histologiques observables au cours de l'organogénèse des gonades: on trouve des aspects d'adénomes testiculaires, des ébauches tubulaires, des aspects rappelant le sarcome. Il y a tout lieu d'admettre, avec Meyer, que l'arrhénoblastome a, pour origine, des cellules sexuelles mâles ayant persisté dans la medulla ovarienne au voisinage du *rete ovarii*.

Dans la discussion qui a suivi la communication de N., James Raglan Miller a insisté sur ce que certaines tumeurs à structure d'arrhénoblastome ne sont pas virilisantes. Plutôt que la théorie de Meyer, il admet celle d'Halban: l'hormone cortico-surrénale et l'hormone de l'arrhénoblastome ne sont pas spécifiquement masculines; elles sont excitatrices de la génitalité. Quand, sous leur influence, une femme « vire » à l'homme, c'est qu'elle était, congénitalement, hermaphrodite.

Henri Vignes.

## POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

**A. Nasilowski.** ***Méningite purulente des nourrissons occasionnée par le diplococcus crassus*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **17**, n° 23, 5 Juin 1938). — N. rapporte l'observation de deux cas de méningite purulente survenue chez des nourrissons habitant la même localité et déterminée par le diplococcus crassus dont la présence fut relevée dans le liquide céphalo-rachidien et même dans le sang de l'un des petits malades. N. souligne les succès thérapeutiques obtenus dans les deux cas grâce à l'emploi de la septasine. Au point de vue épidémiologique, il semble que la méningite déterminée par le diplococcus crassus doive être considérée comme une méningite épidémique et de ce fait doive être déclarée comme toute autre maladie contagieuse. Il est possible que la méningite purulente due à ce microorganisme soit moins rare qu'elle ne paraît et que de nombreux cas soient attribués au méningocoque en raison de l'insuffisance des recherches bactériologiques.

Fribourg-Blanc.

**S. M. Kosmiderski.** ***Diplococcus crassus dans l'épidémiologie de la méningite cérébro-spinale*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **17**, n° 23, 5 Juin 1938). — K. rapporte les résultats des examens bactériologiques des malades dont les observations font l'objet du travail de M. Nasilowski (*Pols. Gaz. Lek.*, t. **17**, n° 23, 5 Juin 1938) et fait ressortir les caractères de ressemblance du diplococcus crassus avec le méningocoque. Le trait le plus caractéristique pour le diagnostic différentiel du diplococcus crassus est l'abondance des colonies sur les milieux d'agar simple et sur gélatine à la température de la chambre. K. recommande l'utilisation des milieux spéciaux (ascite et sérum) et des milieux habituels (agar, gélatine). Les souris et les cobayes ne sont pas sensibles au diplococcus crassus.

Fribourg-Blanc.

**J. Kostrzewski.** ***La fièvre typhoïde dans les villes de Pologne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **17**, n° 26, 26 Juin 1938, p. 537). — Etude épidémiologique avec courbes explicatives établies pour cinq villes principales de Pologne: Varsovie, Cracovie, Poznan, Lwow et Lodz.

K. constate, en se basant sur l'examen des courbes, que, bien que les prescriptions d'hygiène identiques soient en vigueur pour toutes les villes de Pologne, le nombre de cas de typhoïde varie dans une assez large mesure d'une ville à l'autre. Il semblerait que les prescriptions d'hygiène soient inopérantes et il serait indiqué de comparer les installations respectives de chacune des villes et d'y étudier l'influence du surpeuplement. L'étude de la question aurait une grande importance pour les villes telles que Varsovie et Lodz dans le but de ramener le nombre de cas au niveau existant à Lwow et à Poznan.

Fribourg-Blanc.

## MEDYCYNA (Varsovie)

**J. W. Grott.** ***La valeur diagnostique des troubles trophiques de la peau au cours de la pancréatite chronique*** (*Medycyna*, n° 9, 7 Mai 1938, p. 322-325). — G. constate que les malades atteints de pancréatite chronique présentent fréquemment un amincissement des téguments cutanés localisé au quart supérieur gauche de l'abdomen. Cette manifestation est due aux troubles trophiques et se traduit par l'atrophie du tissu cellulaire sous-cutané. Elle se rencontre dans la pancréatite chronique avec ou sans diabète. Pris isolément, ce signe n'a pas de valeur décisive, mais associé à d'autres signes, il peut aider efficacement le diagnostic. Sa présence chez les diabétiques indique que la pancréatite chronique est à l'origine du diabète. Au point de vue du pronostic, ce signe possède une certaine valeur grâce au parallélisme qui relie son intensité au processus pathologique au niveau du pancréas. Sa persistance, malgré l'amélioration clinique, souligne la persistance de la lésion organique.

Fribourg-Blanc.

# Une Ciné-caméra d'une scientifique simplicité

Avec le Ciné-"Kodak" pas besoin d'opérateur spécialisé : tous les organes, même les plus délicats, les plus précis, ont été conçus pour l'aisance, la simplicité et le succès de vos prises de vues. A la salle d'opérations, à la visite, dans les salles de traitements spécialisés, vous filmerez rapidement, sans bruit, sans complication. D'un faible encombrement, vous emporterez votre Ciné-"Kodak" dans vos déplacements professionnels et il vous accompagnera même dans vos vacances, dans vos loisirs en famille, dans vos voyages.

En noir comme en couleurs (film "Kodachrome") vous lui devrez une précieuse documentation médicale filmée, ainsi que de bien charmants souvenirs personnels.

Après avoir exposé votre film, vous le remettrez à Ciné-Grim, qui vous le rendra prêt pour la projection sans aucune dépense supplémentaire.

**CINÉ-GRIM VOUS PRÉSENTE LE MAGAZINE CINÉ-"KODAK"**

Se charge et se décharge en un clin d'œil au moyen d'un chargeur, ce qui permet de passer à tout moment d'une émulsion à une autre, du film en noir au film en couleurs "Kodachrome".

Il comporte bien d'autres avantages tels que : 3 cadences d'enregistrement, 8, 16 et 64 images (pour effets de ralenti) à la seconde. Changement de l'objectif à volonté : fourni avec objectif "Kodak" anastigmat f : 1,9, celui-ci peut être instantanément remplacé par un autre appartenant à une gamme de 7 objectifs de foyers différents pour usages les plus variés. - Système particulier de viseur reflex s'adaptant à l'objectif employé. - Contrôle automatique de la longueur des scènes enregistrées. - Compteurs visibles du métrage filmé, etc...

Sa manipulation aisée, sa scientifique simplicité, sa robustesse rendent des plus sûres et des plus faciles la prise de vues sur film 16 m/m.

**CINÉ-GRIM**

182, BOULEVARD BERTHIER
PARIS

**LE GRAND SPÉCIALISTE DU CINÉ-"KODAK"**

se tient à votre entière disposition sur un simple appel de votre part.

TÉL. : GALVANI 54-53

# CYTOBIASE

**Assimilation Parfaite** **Digestibilité Absolue en toute Saison**



## Extrait Opothérapique total de Foie frais de Morue

LAB. MARTIN, 25-27, RUE DU COMMANDANT-RIVIÈRE, COLOMBES (SEINE)

# REVUE DES JOURNAUX

## LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

R. de Gaulejac. ***Les froidures de la face chez les aviateurs*** (*Le Bulletin Médical*, t. 52, n° 40, 1er Octobre 1938, p. 705-707). — Les engelures de la face chez les aviateurs ont été signalées pour la première fois pendant la guerre de 1914-1918. Elles ne sont pas rares dans les pays du Nord et se produisent en hiver par les grands froids, surtout s'ils sont humides, particulièrement quand les avions volent à grande vitesse et à haute altitude.

Les lésions atteignent les parties découvertes de la face. Leurs localisations et leurs manifestations diffèrent suivant que les aviateurs volent le visage découvert ou enduit d'un corps gras ou munis d'un masque à oxygène avec ou sans réchauffage électrique. Chez 4 sujets n'ayant employé aucun moyen de protection de la face, le nez fut atteint d'abord, puis les joues. Chez ceux ayant utilisé un corps gras pour défendre leur visage, les froidures atteignirent nez et joues avec quelques symptômes inhérents aux corps gras utilisés. Quant aux 3 aviateurs munis d'inhalateurs d'oxygène avec masque et lunettes, les gelures atteignirent les parties découvertes du front, des joues et des régions supérieures et moyennes du nez.

Ces gelures comportent le même pronostic et le même traitement que celles de la face produites au sol dans d'autres circonstances.

Malgré les recherches effectuées aucun masque ne paraît avoir donné entière satisfaction jusqu'à présent pour protéger le visage contre les rigueurs du froid. Les corps gras ont une action protectrice indéniable, mais cette action est limitée et insuffisante par très basse température, alors que leur emploi n'est pas dépourvu d'inconvénients. La protection du visage contre le froid ne sera résolue que par l'emploi d'avions à cabine de pilotage fermée ou de scaphandre pour les vols à très haute altitude.

Robert Clément.

## PARIS MÉDICAL

M. Loeper et J. Vignalou. ***L'anémie des cirrhotiques*** (*Paris Médical*, t. 28, n° 43, 22 Octobre 1938, p. 297-303). — L'anémie existe au cours de cirrhoses ; elle y est moins fréquente que dans les néphrites.

Elle relève parfois d'un syndrome hémorragique, d'autres fois d'une infection surajoutée, dans quelques cas d'une lésion du parenchyme hépatique et peut aussi succéder à des spoliations séreuses successives.

Les hémorragies sont relevées dans à peu près la moitié des cas. La réaction fébrile peut n'apparaître qu'après l'hémorragie, mais peut aussi représenter un épisode infectieux surajouté à la cirrhose et déclenchant l'anémie.

La cirrhose est constamment d'étiologie éthylique. L'hypertrophie est plus souvent en cause que l'atrophie. L'ascite est assez fréquente, l'ictère est noté dans 19 pour 100 des cas, la diarrhée dans 21 pour 100. La chlorhydrie gastrique semble normale ou subnormale dans la plupart des observations. Il ne paraît pas y avoir de corrélation entre l'anémie et l'acidité gastrique.

On note en général l'absence de mégaloblastes, aussi bien dans le sang que dans la moelle sternale. Il ne s'agit donc pas d'anémie pernicieuse vraie.

L'anémie des cirrhotiques est due à un double processus : carence des substances capables d'édifier les hématies, carence du fer nécessaire à leur coloration. Il est impossible de dire celle des deux insuffisances qui domine; la variation de l'importance de l'une d'elles explique la diversité des types considérés et leur intrication.

La thérapeutique doit profiter de ces considérations : le foie de veau ou ses extraits, le fer sont indiqués; malheureusement, on n'obtient pas toujours, en raison de l'atteinte de la cellule hépatique, de bons résultats thérapeutiques.

Robert Clément.

## JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Sabourin. ***Notes préliminaires sur un nouveau traitement de l'incontinence urinaire infantile : l'électro-coagulation du col vésical*** (*Journal de Médecine de Paris*, t. 58, n° 40, 6 Octobre 1938, p. 723-726). — Lorsque les traitements médicaux ont échoué dans l'incontinence d'urine infantile, il faut songer à la possibilité d'une thérapeutique chirurgicale.

Les sujets doivent être examinés au préalable. Le cathétérisme de l'urètre pratiqué immédiatement après la miction donne 2 renseignements : l'existence ou l'absence d'un résidu vésical. L'épreuve du remplissage de la vessie indique la capacité physiologique du réservoir, la force de contraction de la paroi. Elle permet de faire immédiatement une cystographie, qui révèle les anomalies vésicales et montre aussi le degré de spasticité du sphincter lisse. Grâce à la cystoscopie, on peut déceler les calculs vésicaux, les petits polypes du col, une légère cystite trigonale et pratiquer un cathétérisme bilatéral des uretères et une double urétéro-pyélographie. Ces épreuves fournissent souvent d'utiles renseignements sur l'existence de l'uretère double, d'une dilatation urétérale ou d'une hydronéphrose.

On peut également faire une urétroscopie grâce à l'anesthésie au cyclopropane qui rend l'examen et le traitement ambulatoires.

Les lésions découvertes chez les enfants incontinents au cours de ces examens sont d'une très grande variété et relativement fréquentes. Ce sont des polypes, uniques ou multiples, sessiles ou pédiculés, des déformations du col, l'hypertrophie du col, la béance ou l'atonie du col. Dans bien des cas cependant, on ne trouve aucune lésion.

On peut grouper les incontinences d'urine en 5 groupes : 1°, celle avec sphincter spastique et vessie atone; 2°, celle avec spasticité du col et de la paroi vésicale; 3°, celle avec atonie du sphincter et spasticité de la paroi; 4°, atonie du sphincter et de la vessie; 5° vessie et sphincter normaux. Le groupe III et le groupe IV peuvent être considérés comme incurables, car ils sont en rapport en général avec de grosses lésions neurologiques. Dans les 3 autres groupes, l'électro-coagulation du col est indiquée. Elle doit être suivie de séances de dilatation vésicale dans le groupe II. Pour le groupe III, une électro-coagulation légère est suffisante et quelquefois une simple injection de novocaïne.

Les premiers résultats de l'électro-coagulation du col vésical sous anesthésie générale au cyclopropane permettent d'espérer la guérison définitive de la plupart des cas.

Robert Clément.

## ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A.-B. Marfan. ***La scrofule, forme spéciale de la tuberculose, avec des remarques sur l'immunité antituberculeuse*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 61, n° 4, Octobre 1938, p. 325-354). — Le terme de scrofule, autrefois très employé, a presque disparu de la langue médicale. Peu à peu, tous les éléments que l'on groupait sous cette appellation ont été reconnus de nature tuberculeuse, ce furent d'abord les lésions osseuses ou ostéo-articulaires, puis les adénopathies chroniques et suppurées et enfin les lésions cutanées.

L'inoculabilité des tissus tuberculeux, la découverte du bacille de Koch et les épreuves d'allergie cutanée, toujours positives, ont bien montré la nature de ces lésions. La plupart sont secondaires et ont une origine hématique.

M. pense qu'il faut garder une certaine individualité à la scrofulo-tuberculose. Si les manifestations de la scrofule sont bien tuberculeuses, elles se distinguent des formes ordinaires de la tuberculose par leur évolution à peu près apyrétique, par le fait qu'elles sont compatibles avec un assez bon état général et qu'elles guérissent souvent sans que le malade ait présenté ou présente plus tard des signes de tuberculose évolutive, spécialement de tuberculose pulmonaire ou viscérale

Pour expliquer le caractère spécial de ces accidents tuberculeux, il ne semble pas qu'il faille invoquer l'origine bovine du bacille, ni même le nombre des bacilles introduits dans l'organisme. Cela dépendrait surtout de ce que l'organisme envahi par des bacilles sans doute peu nombreux possède vis-à-vis d'eux une résistance relative. L'existence d'une hérédité tuberculeuse ou syphilitique peut être quelquefois invoquée à la base de cette prémunition incomplète.

Robert Clément.

## ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

A. Chevallier. ***Le rôle de la vitamine A dans les réactions individuelles*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. 7, n° 4, 1938, p. 116). — La majeure partie de la vitamine A se trouve dans le foie. Il en existe aussi une très faible quantité dans la zone corticale des capsules surrénales, enfin une proportion extrêmement petite, à la limite des possibilités de mesure, répartie dans tous les autres tissus par l'intermédiaire du sang.

Chez le rat blanc, qui est l'animal de choix pour le dosage biologique de la vitamine A, tous les animaux soumis au même régime ont à peu près la même quantité de vitamine A dans le foie. Chez le cobaye ou le pigeon, il n'en est pas de même, et, suivant les individus, la quantité de vitamine A mise en réserve dans le foie est très variable. Ces différences permettent de reconnaître quelques-unes des propriétés biologiques de la vitamine A.

Par exemple, la chronaxie des extenseurs des pattes postérieures, prise au niveau du nerf, est toujours faible pour les cobayes ne possédant pas de réserves de vitamine A; elle est forte pour les animaux avec réserves, la différence allant du simple au double. On peut donc dire qu'il y a un


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

lien entre les réactions nerveuses d'un animal et le taux de la vitamine A dans son foie.

Si l'on enlève une partie semblable du revêtement cutané de la région lombaire de plusieurs cobayes, certains cicatrisent cette plaie en 15 jours, tandis que chez d'autres la cicatrisation ne se fait qu'au bout de 30 à 32 jours. Les premiers ont dans leur foie une réserve élevée en vitamine A, les seconds en sont dépourvus.

Chez le cobaye carencé en vitamine A, le métabolisme de base est plus élevé que le niveau moyen; si on lui fait ingérer une grande quantité de vitamine A, le métabolisme est abaissé au-dessous de la moyenne.

ROBERT CLÉMENT.

### REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
### (Paris)

**E. Aubertin, A. Lacoste et R. Saric.** ***Troubles provoqués dans le métabolisme des glucides par l'inanition ou la carence du régime alimentaire en hydrates de carbone. Le diabète du jeûne*** (*Revue française d'Endocrinologie*, t. **16**, n° 4, Août 1938, p. 241-283). — Etant donné l'effet bienfaisant de jeûne sur la glycosurie et l'hyperglycémie des diabétiques, il peut paraître paradoxal de dire que le jeûne peut aussi provoquer momentanément l'apparition d'un état rappelant l'état diabétique. Pourtant, c'est un fait d'observation qui, noté pour la première fois en 1874 par *Lehmann*, fut ensuite constament retrouvé — « Ainsi commence cette étude par quelques points de faits et recherches divers et, dans un second chapitre, les A. passent en revue les « Données actuelles sur la physiopathologie du diabète du jeûne ». —

Sous ce titre général études suivantes :

1° *Diabète et cétose du jeûne* dont les conclusions sont les suivantes: Il semble actuellement établi que la cétose du jeûne est fonction de l'appauvrissement en glycogène du foie qui est le principal lieu de formation des corps cétoniques — (E. Aubertin). — Le processus est en rapport avec la gluconéogénèse aux dépens des acides gras. Mais il paraît plus douteux que cette cétose puisse à son tour conditionner la relative intolérance aux glucides que produit l'inanition. Toute conclusion sur ce point serait d'ailleurs prématurée.

2° *Diabète du jeûne et glycogénopexie.* — Le diabète du jeûne ne constitue qu'une perturbation légère de métabolisme des glucides. S'il y a diminution de la glycogénopexie dans l'inanition, elle ne peut être que partielle et dès lors plus difficile à mettre en évidence, car on ne peut juger de cette insuffisance relative que par les résultats obtenus dans des conditions rigoureusement analogues chez de très nombreux témoins. Aussi toute conclusion précise semble-t-elle encore difficile.

3° *Diabète du jeûne et combustion des glucides dans les tissus.* — Lorsqu'on donne du glucose à un jeûneur, le Q. R. ne s'élève pas comme il le fait ordinairement. L'élévation du Q. R. ne redevient normale qu'un certain temps après la cessation du jeûne. Ce phénomène a été généralement interprété comme traduisant un trouble d'oxydation du sucre dans les tissus.

4° *Diabète du jeûne et insulinémie.* — Les expériences faites à ce sujet montrent qu'il semble bien se produire sous l'influence du jeûne un trouble de la sécrétion insulaire.

C'est afin de savoir en quoi consiste ce trouble insulaire que les A. ont fait une série de recherches personnelles sur la « Physiopathologie du diabète du jeûne ».

De ces recherches on peut constater que :

*a*) Le jeûne enrichit le pancréas en tissu langerhansien ;

*b*) Le jeûne accroît la teneur du pancréas en insuline;

*c*) Le jeûne, du point de vue anatomique, accroît le parenchyme langerhansien par la multiplication des îlots et par leur augmentation de volume ;

*d*) Le jeûne trouble non pas l'élaboration de l'insuline, mais son exportation;

*e*) Le jeûne n'entraîne pas seulement une inertie dans le mécanisme d'exportation de l'insuline; à cette inertie vient sans doute s'ajouter un certain degré d'inertie d'autres réactions organiques (telle la fonction glycogénique du foie).

De tout cet ensemble quelles sont les *déductions pratiques ?*

*a*) Ne pas explorer le métabolisme des sucres en clinique chez des sujets soumis à plus de 12 à 16 heures de période d'inanition;

*b*) Eviter de prendre pour un diabétique véritable un sujet soumis à une cure de restrictions des glucides et qui présente ensuite de la glycosurie alimentaire après retour à une alimentation ordinaire;

*c*) Se souvenir que dans le diabète, la durée du jeûne, en faisant cesser momentanément le surmenage du pancréas, peut lui redonner pour un temps un regain de puissance. Mais cette cure ne saurait être prolongée trop longtemps sans faire courir le risque inverse de produire une véritable inertie de la glande;

*d*) S'il est bon d'entretenir le fonctionnement des îlots, il faut aussi éviter de les surmener. Or, à ne pas se préoccuper dans le traitement du diabète de la glycémie qui peut rester fort élevée, on court le risque de fatiguer le système langerhansien et de l'épuiser sans recours. En ajustant au mieux le traitement pour rétablir la glycémie à la normale, on ne s'expose pas, au contraire, à cet inconvénient.

MARCEL LAEMMER.

### REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
### (Strasbourg)

**J.-J. Bindschedler, J.-M. Rodier et Mme Heintz-Bertsch** (Strasbourg). ***La polydystrophie du type Hurler*** (*Revue française de Pédiatrie*, t. **14**, n° 2, 1938, p. 116-133). — B., R. et Mme H.-B. ont eu l'occasion d'observer chez un frère et une sœur, deux cas de cette maladie congénitale et familiale dont une vingtaine de cas seulement ont été publiés jusqu'ici à l'étranger. La première observation de cette anomalie a été publiée en 1919 par G. Hurler, sous le nom « d'anomalies multiples prédominant au système squelettique ». La description de tous les cas est à peu près identique.

Taille petite. Crâne habituellement volumineux, faciès spécial typique avec opacité cornéenne. Front court avec cyphose dorso-lombaire analogue à une cyphose pottique accentuée, abdomen gros et saillant avec hernie ombilicale et hépatosplénomégalie accentuée. Limitation des mouvements constante, surtout prononcée au niveau des articulations de l'épaule. Déformations caractéristiques des mains et des doigts.

A l'examen radiologique, on constate une déformation des épiphyses dont les têtes sont plus ou moins aplaties et des surfaces articulaires aplaties.

Le développement psycho-moteur est très inégal suivant les enfants. Il va d'un léger retard à une idiotie presque complète.

Cette polydystrophie, congénitale, est souvent familiale. 10 cas familiaux sur 24 cas publiés.

L'étiologie et la pathogénie restent obscures. Il ne s'agit pas de rachitisme, ni de syphilis congénitale, ni de tuberculose, ni de myxœdème. Il s'agit, en somme, d'une affection d'un type particulier, caractérisée par l'association constante des mêmes malformations : cornéennes, tégumentaires, osseuses et viscérales.

G. SCHREIBER.

### REVUE DU RHUMATISME
### (Paris)

**H. Gougerot, F. Coste et P. Durel.** ***Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **5**, n° 8, Octobre 1938, p. 753-776). — La ténacité de l'infection gonococcique, l'arthrophilie du gonocoque expliquent la fréquence des formes chroniques du rhumatisme blennorragique et leur importance pratique.

Parmi les autres arthrites infectieuses, les gonococciques se singularisent par quelques caractères évolutifs et cliniques. Elles sont rarement chroniques d'emblée, le plus souvent il s'agit de formes prolongées ou à rechutes.

On peut distinguer des formes superficielles algiques, articulaires ou extra-articulaires et des formes plus profondes.

Parmi les formes mono ou oligo-articulaires, sont bien identifiées les arthroses chroniques, l'arthrite plastique ankylosante et des formes le siège variable. Dans les formes progressivement étendues ou complexes, quelques localisations sont caractéristiques, notamment celle des doigts ainsi que le polymorphisme et les reprises évolutives. La spondylose rhizomélique mérite une place à part.

Le diagnostic se fait par l'interrogatoire et l'examen clinique, la recherche du gonocoque dans les voies urinaires et la spermoculture chez l'homme, la recherche du germe à l'intérieur du col chez la femme.

Il est difficile d'apprécier la valeur exacte de la gonoréaction dans le rhumatisme blennorragique; on ne peut pas non plus attacher une grosse valeur aux intra-dermo ou aux cuti-réactions, même avec les endoprotéines gonococciques, les résultats sont peu nets. L'influence du traitement local du foyer génital sur les manifestations articulaires est trop infidèle et trop lente pour fournir un appoint au diagnostic étiologique. Les succès obtenus avec les sulfamides ne peuvent être invoqués davantage car ces substances agissent également dans d'autres rhumatismes infectieux. L'amélioration franche par la pyrétothérapie est en faveur de l'origine blennorragique mais la valeur de cet argument est toute relative. Les composés arsénobenzoliques se montrent assez actifs dans le rhumatisme gonococcique, on ne peut donc invoquer leur efficacité en faveur de l'étiologie syphilitique.

ROBERT CLÉMENT.

### L'ALGÉRIE MÉDICALE
### (Alger)

**A. Lévy-Valensi.** ***Kyste hydatique et tuberculose pulmonaire*** (*L'Algérie médicale*, t. **42**, n° 129, Septembre 1938, p. 515-526). — Parmi les associations morbides de la tuberculose pulmonaire celle de kyste hydatique est une des plus rares. 4 observations de cette combinaison pathologique viennent témoigner de son existence.

L. pense que l'association kyste hydatique-tuberculose pulmonaire n'est pas une simple coexistence. On sait avec quelles fréquence les suppurations pleuro-pulmonaires peuvent se compliquer de tuberculose depuis la simple élimination de bacille de Koch dans les expectorations, jusqu'à la lésion la plus caractéristique. Pourquoi le kyste hydatique n'aurait-il pas à ce point de vue les mêmes effets. La recherche systématique du bacille de Koch dans l'expectoration des malades porteurs de kyste hydatique du poumon peut être quelquefois positive. Fréquemment infecté après fistulisation dans les bronches, le kyste hydatique peut, tout aussi bien que les autres suppurations pulmonaires, entraîner un fléchissement des défenses

organiques et, comme elles, il peut détruire le squelette fibreux et le parenchyme pulmonaire.

Il s'agissait dans le premier cas d'une forme fibreuse de la tuberculose, dans 2 autres, de formes fibro-caséeuses franchement évolutives qui ont présenté de fréquentes hémoptysies.

ROBERT CLÉMENT.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**E. Loubat** et **J. Magendie.** ***De l'emploi du tannin dans les thoracoplasties pour retarder la régénération costale*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **59**, n° 41, 9 Octobre 1938, p. 591-600). — Etant donnée l'utilité de faire les thoracoplasties en plusieurs temps, il est indispensable de pouvoir lutter contre la régénération osseuse. Le ralentissement de la régénération costale par des procédés physico-chimiques, après résection sous-périostée, paraît à L. et M. très supérieur à la résection extra-périostée qui supprime définitivement cette régénération.

Parmi tous les procédés étudiés expérimentalement, ils préfèrent le badigeonnage du lit périostique et des tranches de sections osseuses avec une solution alcoolique de tannin à 20 pour 100. Ce procédé a sur le formol de nombreux avantages. Il est plus sûr et plus régulièrement efficace, il donne un retard plus important de la régénération osseuse, il est moins toxique, il est mieux toléré par les tissus, les vaisseaux et les nerfs, il ne fait pas saigner et ne paraît pas jusqu'ici avoir d'effets nocifs au point de réveil d'un état infectieux.

L'emploi du tannin semble indiqué à la place de la formolisation, dans les thoracoplasties, pour retarder la régénération osseuse et pour permettre d'espacer les temps opératoires, de les diviser s'il y a lieu et surtout pour obtenir des affaissements pleuro-pulmonaires plus complets et plus efficaces.

ROBERT CLÉMENT.

### LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (Lyon)

**L. Gallavardin.** ***Etiologie de l'angine de poitrine, d'après une nouvelle statistique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 449, 20 Septembre 1938, p. 527-550). — Une importante statistique de 1.900 cas permet de mettre en évidence quelques points de l'étiologie de l'angine de poitrine. Toutes les observations se rapportent à des syndromes angineux vrais d'origine coronarienne, ou au moins qui jouent l'angine de poitrine coronarienne.

L'affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : 4 hommes pour 1 femme. Le début des manifestations angineuses se fait, le plus souvent (dans près de 75 pour 100 des cas), entre 45 et 65 ans.

Le rôle de la syphilis, très exagéré autrefois, est important, mais beaucoup plus limité qu'on ne l'avait cru. Au total, même en comprenant dans la statistique les syphilis douteuses, on ne retrouve pas celle-ci dans plus de 20 pour 100 des cas d'angine de poitrine. L'influence de la syphilis est d'autant plus manifeste qu'on a affaire à des individus plus jeunes. On peut considérer qu'elle est responsable de 50 pour 100 des cas avant 35 ans, de près de 40 pour 100 avant 40 ans, de près de 25 pour 100 avant 50 ans. Passé la cinquantaine, le pourcentage baisse rapidement pour atteindre 15 à 18 pour 100 chez l'homme et 5 à 8 pour 100 chez la femme. Un certain nombre d'angines de poitrine développées chez des syphilitiques après la cinquantaine sont en réalité banales, évoluant simplement sur un terrain syphilitique neutre.

Le tabagisme n'est pas la cause exclusive, ou même certaine, des angines de poitrine non syphilitiques. Parmi les angineux non syphilitiques, 20 pour 100 des hommes et 40 pour 100 des femmes n'avaient jamais fumé.

L'angine de poitrine n'a rien de commun avec l'hypertension artérielle. Près de 60 pour 100 des sujets avaient une tension ne dépassant pas 160 mm. Hg. Cependant, la coexistence des deux affections est assez commune, surtout chez la femme. Il est probable que certains états hypertensifs sont capables de provoquer l'apparition d'un syndrome angineux qui ne dépend pas de lésions coronariennes.

ROBERT CLÉMENT.

### REVUE MEDICALE FRANÇAISE D'EXTREME-ORIENT (Hanoï)

**P. Huard, M. Long** et **Graziani.** ***Réflexions sur une nouvelle série de 48 abcès du foie*** (*Revue médicale française d'Extrême-Orient*, t. **16**, n° 3, Mars 1938, p. 170-217). — Le nombre des abcès du foie semble en progression régulière au Tonkin, ils s'observent en moyenne entre 32 et 35 ans. La statistique comprend 2 abcès uniquement amibiens, un abcès mixte à amibes et pyogènes, 19 abcès microbiens, la plupart à staphylocoques, 4 abcès aseptiques, 5 abcès avec septicémie dont 3 staphylococciques et 3 d'origine indéterminée.

Les principales complications sont la rupture intrapéritonéale avec ou sans péritonite et la rupture intra-pleurale ou intra-bronchique.

L'accord est loin d'être fait sur le traitement. Au stade de l'hépatite amibienne, l'émétine seule a vite raison des lésions. Lorsqu'il y a suppuration au début, cet état cède encore à l'émétine seule : lorsqu'il y a environ 400 *g.* de pus collecté, l'abcès est justiciable de la ponction associée à l'émétine. Lorsque l'abcès est volumineux, les amibes sont mortes, l'abcès est infecté secondairement, généralement par le streptocoque, l'opération est nécessaire et l'émétine a peu d'utilité.

Les 48 abcès ont donné lieu à 14 décès (36 pour 100) 4 fois avec septicémie, 2 fois par angiocolite ou cholécystite, 1 fois par abcès sous-phrénique post-opératoire. Dans un cas, on a pu invoquer une ascaridiose intra-hépatique, dans un autre cas un abcès secondaire à une appendicite. Cinq fois il s'agissait d'abcès d'origine indéterminée.

ROBERT CLÉMENT.

**P. Huard** et **P. Guilmet.** ***Recherches sur le conditionnement de l'air dans les formations hospitalières de l'Indochine française*** (*Revue médicale française d'Extrême-Orient*, t. **16**, n° 3, Mars 1938, p. 218-245). — Le conditionnement de l'air par le rafraîchissement, l'asséchement et le renouvellement constant de l'air améliore grandement les conditions de confort des salles d'hôpitaux. Il est très désirable pour les salles d'opération, aussi bien pour les opérés que pour le chirurgien ; il nécessite alors une stérilisation aussi absolue que possible de l'air introduit dans la pièce.

Pour des locaux de dimensions normales, on peut réaliser en Indochine un conditionnement de l'air suffisant au moyen d'appareils individuels, genre frigidaire. Pour un groupe de salles ou un groupe opératoire ou des pavillons hospitaliers, il faut une centrale de conditionnement d'air.

Les appareils construits en Europe pour le conditionnement des salles d'hôpitaux n'ont pas été étudiés pour être utilisés dans un pays chaud. Pour les employer en Indochine, il faut leur apporter d'importantes modifications. En outre, pour être économique et rationnel, le conditionnement de l'air implique une transformation complète des habitudes architecturales de la colonie (pièces petites, portes à glissières, sas de transition). L'installation d'air conditionné dans un hôpital ne se limite pas au simple achat de l'appareil. Chaque cas particulier mériterait d'être étudié à la fois par un médecin, un météorologiste et un architecte.

ROBERT CLÉMENT.

### DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

**F. Strieck.** ***Recherches expérimentales et cliniques avec les nouvelles insulines*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **182**, n° 4, 1938, p 373-384). — Avec des préparations de protamine-zinc-insuline (Pzi.) il a été constaté, tout d'abord, chez des chiens dépancréatés, que l'action hypoglycémiante de ces préparations d'insuline persiste beaucoup plus longtemps et que la courbe de la glycémie a un tout autre aspect qu'après l'insuline standard. Après cette dernière, le retour de la glycémie à la normale se fait en 4 à 6 heures et après la Pzi. en 12 à 24 heures. Cette réaction est alors plus énergique en même temps que plus prolongée et exige pour disparaître de plus fortes doses d'hydrates de carbone. De plus, chez l'homme, ces insulines n'exercent leur plein effet qu'au bout de quelques jours et alors le nombre des injections est réduit en même temps que la tolérance s'améliore. Chez un chien dépancréaté depuis 17 mois, on est arrivé à remplacer 20 unités d'insuline standard par 15 unités de Pzi. en réduisant fortement la glycosurie. Plus tard encore, on réussit avec une seule injection à rendre la glycémie normale.

En ce qui concerne les malades, il semble préférable à S. de les traiter d'abord à l'hôpital. Chez un malade, par exemple, dont la glycémie était très labile en même temps que très élevée à jeun, on a commencé par remplacer l'injection du soir par la nouvelle insuline et on a réussi ainsi à diminuer la glycosurie et à rendre la glycémie normale, à jeun, sans modifier le régime. Plus tard, on administra simultanément les deux insulines.

Comme l'injection faite le soir exerce une action pendant presque toute la journée qui suit, on doit au repas pris à ce moment-là administrer 20 pour 100 de la totalité des hydrates de carbone. La plupart des auteurs utilisent concurremment les 2 insulines. On peut cependant éviter la double injection du matin en dosant convenablement celle du soir et en répartissant les hydrates de carbone pendant la seconde moitié de la journée. Quand 2 injections de nouvelle insuline sont nécessaires, on constate fréquemment une légère réaction (lassitude, céphalée) qui survient le matin. On rencontre parfois quelques difficultés à faire passer un diabétique de l'ancienne à la nouvelle insuline. Par contre, quand il s'agit d'un malade non encore traité, on devra toujours recourir aux préparations à action lente sauf en cas de coma, d'infection ou de complication chirurgicale. Chez un malade non encore traité, on peut administrer 100 à 120 *g.* d'hydrates de carbone, 1 *g.* de protéine par *kg.* et au total 2.000 calories. La dose de début d'insuline ne sera pas supérieure à 20 ou 30 unités de Pzi.

Avec une insuline-dépôt sans protamine, vendue prête pour l'injection (insuline HS), les résultats ont été les mêmes qu'avec la Pzi.

Alors que primitivement on utilisait dans le coma l'insuline standard exclusivement, aujourd'hui, on arrive de plus en plus à recourir aux 2 préparations simultanément. Mais dans l'acidose, la Pzi. paraît donner des résultats remarquables là où l'insuline standard n'avait pas de résultats suffisants. Dans les complications chirurgicales il est cependant nécessaire de recourir en même temps à l'insuline standard. D'une façon générale la Pzi. améliore l'état général d'une manière remarquable.

Sur un total de 48 malades dont le diabète était sévère, on a pu, en passant à la Pzi., abaisser la glycémie à jeun de 34 pour 100 et augmenter les hydrates de carbone de régime de 29 pour 100 tout en diminuant la dose d'insuline de 14 pour 100 et en faisant passer le nombre des injections en moyenne de 2,1 à 1,2.

P.-E. Monnandt.

**Robert Schramm.** ***Traitement du diabète sucré par l'insuline dépôt au moyen de la déposuline Brunnengräber*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **182**, n° 4, 1938, p. 402-412). — Le retard dans la résorption de la « déposuline » dont S. a fait usage pour traiter des cas de diabète sucré est dû à la présence d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. La méthode employée a consisté tout d'abord à traiter les malades par des injections d'insuline normale de façon à faire disparaître le sucre et l'acétone. Ensuite, une courbe de la glycémie quotidienne fut établie et on chercha à obtenir un résultat satisfaisant avec le minimum de déposuline. Dans les cas graves qui exigeaient 60 unités d'insuline normale, il a fallu au début 2 injections et plus tard une seule injection de déposuline. Dans les cas moins accentués, une seule injection a généralement suffi d'emblée. La courbe de la glycémie telle qu'elle est apparue sous l'influence d'un traitement à la déposuline oblige en général à modifier la répartition des hydrates de carbone. C'est en général 6 ou 8 heures après l'injection que ce groupe d'aliment doit être administré. Sur les 23 premiers cas examinés, on a constaté 17 fois de bons résultats. Dans les 6 cas restants, la déposuline a provoqué des états d'hypoglycémie ou permis au sucre et parfois même à l'acétone de reparaître. Dans 2 cas on associa les 2 insulines en réservant l'insuline normale pour le soir. Dans un cas le résultat fut bon.

Dans l'ensemble des cas qui exigeaient des quantités d'insuline allant jusqu'à 50 unités d'insuline normale en plusieurs injections, on a obtenu, avec une seule injection du nouveau produit, une amélioration et une stabilisation de la glycémie, résultat qui n'était pas obtenu avec plusieurs injections d'insuline normale. La déposuline paraît en somme se rapprocher beaucoup des conditions physiologiques. Avec cette préparation, les hydrates de carbone doivent être administrés tard dans la matinée (2me petit déjeuner) ou pendant le repas de midi. On évite également de cette manière le choc hypoglycémique qui pourrait survenir 7 ou 8 heures après l'injection d'insuline.

Dans les cas sévères exigeant 60 unités ou davantage il a été nécessaire d'ajouter encore au régime une certaine quantité d'hydrates de carbone à 14 heures. Mais, alors, il est utile de ne pas donner d'hydrates de carbone le soir si on ne veut pas être obligé de faire 2 injections.

Les observations ultérieures permettront d'établir les effets secondaires de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse en cas d'hypertension ou d'artériosclérose.

P.-E. Monnandt.

**G. Stötter.** ***Le traitement du diabète par les insulines à protamine*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **182**, n° 4, 1938, p. 413-439). — La plupart des auteurs considèrent que le traitement par les insulines à protamine (Pzi.) constitue un progrès important. Des expériences cliniques faites par S. avec ces produits ont consisté tout d'abord à faire disparaître chez les malades la glycosurie et l'acétone sans descendre au-dessous de 60 à 100 gr. d'hydrates de carbone. Quand ce résultat n'était pas possible, on recourait à l'insuline.

L'ensemble des malades traités par S. pendant plus de 4 mois avec les Pzi. s'élève à 44. Dans un premier groupe comprenant 7 enfants âgés de 7 à 15 ans, il n'a pas été possible de remplacer 2 injections d'insuline ordinaire par une injection d'insuline à protamine et il ne semble pas que cette dernière puisse donner souvent un résultat important. Les formes les plus graves exigent en général un traitement associé.

Dans un second groupe de sujets âgés de 15 à 30 ans, les résultats obtenus avec la Pzi., seule ou associée à l'insuline ordinaire, ont été meilleurs. Avec la première on est arrivé, en effet, à un équilibre sensiblement plus favorable.

Dans le groupe 3, concernant des malades âgés de 30 à 45 ans, on a pu recourir exclusivement à la Pzi. qui, au bout de quelques mois, a dû être abandonnée pour 4 malades.

Dans le 4ème groupe comprenant des sujets de plus de 45 ans, on a administré le matin une injection de Pzi. et réduit en même temps le total d'unités d'insuline d'un tiers. Quand le nombre des unités nécessaires était de plus de 75, on a eu d'emblée recours à 2 injections par jour de Pzi.

Au total, sur 44 sujets ainsi traités, il en est 33 qui ont bénéficié des nouvelles préparations: 3 d'entre eux ont présenté une intolérance locale; 11 malades seulement ont pu être maintenus dans un équilibre idéal par une seule injection. Par contre, il semble que dans le diabète infantile les résultats ne soient pas aussi favorables que le disent les autres auteurs.

En somme, il paraît douteux qu'un diabétique se trouvant bien d'une seule injection d'insuline ordinaire bénéficie, en principe, de la Pzi. Par contre, si cette seule injection d'insuline ordinaire donne un résultat plutôt défavorable, il y aura avantage à remplacer cet ancien produit par le nouveau. Quand 2 injections d'insuline sont nécessaires et donnent un bon résultat, on peut chercher à les remplacer par une seule injection de Pzi. à condition que le total ne dépasse pas 80 unités. Si, avec 2 injections d'insuline ordinaire les résultats ne sont pas très satisfaisantes, on remplacera celle du soir par une injection de Pzi. Quand le total nécessaire dépasse 90 unités (3 injections d'insuline ordinaire), on fera de même.

P.-E. Monnandt.

### *DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)*

**W. et K. Gennerich.** ***Les composés sulfamidés (ulirone) dans le traitement de la blennorragie*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **106**, n° 20, 14 Mai 1938, p. 541-547). — W. et K. G. ont traité par l'ulirone 58 hommes et 6 femmes atteints de blennorragie, parfois compliquée (3 abcès prostatiques, 2 épididymites, cowpérites, etc.). Un traitement local argentique (albargine à 0,5 ou 1 pour 1000) est d'abord institué pendant 2 à 3 semaines; puis le malade reçoit 3 à 4 *g.* d'ulirone par jour pendant 3 jours; repos de 8 jours, puis ulirone pendant 3 jours. Le traitement local est continué 8 jours après l'ulirone.

89 pour 100 des malades guérirent après une seule cure d'ulirone de 3 jours. A partir de la 2e série d'ulirone, des vaccins antigonococciques sont prescrits en même temps.

La guérison a été obtenue chez tous les malades traités: 56 guérisons après une seule série d'ulirone; 6 guérisons après 2 séries, combinées parfois avec un vaccin; 2 guérisons après 3 séries.

Comme incidents, on a constaté une urticaire, une hémorragie intestinale, qui guérit en 3 jours et une sensation de fatigue chez 2 malades qui avaient pris une grosse dose d'ulirone.

R. Bunnien.

**M. Schubert.** ***Recherches sur la chimiothérapie de la blennorragie*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **107**, n° 27, 2 Juillet 1938, p. 807-811). — La technique suivie par S. fut la suivante: pendant 5 jours, 2 tablettes d'ulirone à 50 *cg.*, 3 fois par jour, repos 6 jours avec lavages pendant 5 jours, 2e série de diseptal B à 50 *cg.*, 3 fois par jour. Si les gonocoques persistent, 3e série d'ulirone suivie d'un repos de 6 jours et au besoin nouvelle série de diseptal B durant 5 jours.

Sur 350 cas traités, 266 furent guéris (76 pour 100) après 2 séries, 36 après 3 séries (10 pour 100). Comme incidents, S. nota quelques troubles gastro-intestinaux et de la céphalée. 17 malades furent atteints d'accidents plus graves: 9 éruptions médicamenteuses, 2 ictères, 6 acrocyanoses (exclusivement avec le diseptal B). S. n'a jamais observé de polynévrites.

R. Bunnien.

**W. Lilienthal.** ***Le traitement de la blennorragie de l'homme et de la femme par la chimiothérapie (ulirone et diseptal B)*** [*Dermatologische Wochenschrift*, t. **107**, n° 28, 9 Juillet 1938, p. 833-839]. — L. a traité un certain nombre de blennorragies par la chimiothérapie, combinée ou non avec les lavages au permanganate, et la vaccinothérapie. L. estime que l'ulirone et le diseptal B sont des traitements internes très efficaces de la blennorragie.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas déjà anciens. Les épididymites et les annexites sont favorablement influencés, par contre la prostatite n'obéit pas au traitement; un traitement local est indispensable.

L. conseille la vaccinothérapie dans les cas de blennorragie récente, suivie de chimiothérapie. Sur 24 cas traités sans vaccins: 9 guérisons, 15 échecs; sur 21 cas traités avec vaccins: 15 guérisons, 6 échecs.

40 blennorragiques furent traités par l'ulirone avec 12 échecs; 56 furent traités avec le diseptal B avec 18 échecs; ce qui donne dans les 2 cas une proportion de 76 pour 100 de succès.

La blennorragie féminine obéit moins bien à la chimiothérapie que celle de l'homme; le diseptal B paraît plus actif que l'ulirone.

La dose prescrite est de 5 tablettes pendant 4 jours, soit 20 tablettes (10 *g.*); repos de 5 jours; nouvelle série de 4 jours ; repos de 5 jours ; nouvelle série, si nécessaire. L. met en garde contre les guérisons apparentes, en cas de traitement insuffisant.

Les hommes supportent mieux la médication que les femmes. C'est surtout chez elles que L. a observé des érythèmes urticariens, rubéoliformes ou purpuriques; des troubles cardiaques avec dyspnée, cyanose, pouls irrégulier, œdème violacé de la face et des membres, troubles gastro-intestinaux, albuminurie; troubles de la formule sanguine avec lymphocytose.

Les troubles les plus graves sont ceux du système nerveux. L. a constaté chez 2 hommes, chez l'un une polynévrite des jambes et des mains avec paralysie atrophique et troubles sensitifs, chez l'autre une paraplégie du type myélite transverse. Ces troubles persistèrent après la cessation du médicament, alors que les autres incidents disparaissaient rapidement dès qu'on suspendait la médication.

R. Bunnien.

**Mergelsberg** et **Grumer.** ***Un cas de mort après l'ulirone*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **107**, n° 28, 9 Juillet 1938, p. 840-845). — Divers incidents ont été déjà signalés avec l'ulirone: céphalées, vomissements, érythèmes, parésies. M. et G. rapportent un accident mortel, chez un homme de 25 ans, atteint de blennorragie aiguë, sans complications.

Le traitement consista au début en injections de protargol et en 3 injections de pyrifer, qui donna une fièvre à 40°2.

Les 8 et 9 Novembre on donna 6 tablettes d'ulirone; les 11, 12 et 13 Novembre 6 tablettes d'ulirone; le 21 Novembre 6 tablettes d'ulirone.

Le 22 Novembre apparaît un gonflement rouge



HORMANTOXONE
Principe antitoxique du foie, extrait concentré et stabilisé
SUPPLÉE la fonction antitoxique du foie quand elle est déficiente.
la STIMULE quand elle est perturbée.
INDICATIONS
Insuffisance fonction antitoxique du foie.
Auto et hétéro Intoxications. - Toxi-Infections.
Anaphylaxie. - Intolérances alimentaires.
Dermatoses.
Traitement Physiologique des Troubles intestinaux par le
SAPROXYL
complexe glucidique favorisant les bactéries acidogènes antagonistes des flores pathologiques.
INDICATIONS
Infections Intestinales
Fermentation Intestinales
Putréfactions Intestinales
LABORATOIRE Phygiène
Laboratoire français de spécialités PHYsiologiques et hyGIÉNiques
7, rue Lucien Jeannin, LA GARENNE (Seine)
Echantillons et littérature sur demande.

des mains et des pieds et des oreilles, on cesse l'ulirone. Le 23 Novembre l'érythème diminue : 3 tablettes ; les 24 et 25 Novembre 6 tablettes.

Le 28 Novembre, hématurie, le malade se plaint de douleurs des reins.

Le 30, les urines sont toujours sanglantes; peau légèrement subictérique.

Le 1er Décembre, hémorragies gingivales ; 16 g. d'albumine. Examen du sang: hématies 3.800.000, neutrophiles 56 pour 100, lymphocytes 36 pour 100. On prescrit du gluconate de calcium, des injections de glucose et d'insuline.

Le 3 Décembre, aggravation de l'état général ; hémorragies gingivales et cutanées, urines encore sanglantes; sang: hématies 2.300.000, neutrophiles 45 pour 100, éosinophiles 2 pour 100, lymphocytes 41 pour 100. On fait une transfusion, des injections glucosées, de strophantine, de cardiazol, d'oxygène, de camphre, mais la mort survient le jour même.

L'autopsie montra des hémorragies ponctiformes de la peau, du myocarde, du péricarde, de la vessie, du tissu graisseux des surrénales, du rectum, anémie des viscères, thrombose des vaisseaux et nécrose folliculaire des organes hématopoïétiques, rate, amygdales, tissu lymphatique de l'intestin.

Ce cas de mort survenu après l'ingestion de 55 tablettes d'ulirone (27,5 g.) rappelle, par ses lésions organiques, celles qu'on observe chez les grands brûlés et dans la diphtérie maligne.

R. Burnier.

### ZEITSCHRIFT FUR ORTHOPAEDIE UND IHRE GRENZGEBIETE
### (Stuttgart)

**L. Froidevaux** (Giessen). ***Sur la valeur de la méthode des radiographies en coupe (Tomographie) pour le diagnostic des maladies orthopédiques des os et des articulations*** (*Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, vol. 68, fasc. 3, 6 Septembre 1938, p. 263-287). — Exposé de la technique de la tomographie du rachis et des membres et, pour preuve des renseignements tout particuliers qu'apporte cette méthode nouvelle au diagnostic des affections de l'appareil locomoteur, reproduction d'une série de clichés justificatifs. Le prix élevé des appareils et des épreuves est actuellement un obstacle à la diffusion de cette heureuse méthode de diagnostic radiologique.

P. Grisel.

### ZEITSCHRIFT FUR UROLOGIE
### (Leipzig)

**E. Meyer.** ***Au sujet de l'origine hématogène du purpura vésical et l'ulcère non spécifique de la vessie*** (*Zeitschrift für Urologie*, t. 32, n° 6, 1938, p. 369-392). — L'infection par voie sanguine est rare au niveau de la vessie; elle n'est guère admise que dans le purpura vésical et dans l'ulcère non spécifique.

Le purpura vésical se manifeste par des hématuries totales ou terminales, capricieuses, abondantes, par une dysurie peu marquée et par une atteinte de l'état général, des douleurs avec ou sans température. C'est la cystoscopie qui fait faire le diagnostic en montrant les taches purpuriques caractéristiques. L'évolution est rapide; en 15 jours les taches se résorbent.

L'ulcère non spécifique a des symptômes qui se confondent avec ceux d'une cystite banale, et le diagnostic n'est possible qu'à la cystoscopie qui montre une saillie plus ou moins prononcée de la muqueuse à sommet rouge, exulcéré, avec quelquefois un pointillé hémorragique; tout autour il y a une petite zone d'œdème. Cet ulcère a une forme et des dimensions très variables. Il est unique ou, au contraire, on en trouve plusieurs. Tout le reste de la vessie est complètement sain. L'examen histologique révèle que l'ulcère repose sur une zone tendue d'infiltration qui s'étend à toute l'épaisseur de la paroi vésicale (ce qui explique la diminution de capacité de la vessie).

Une caractéristique de ces ulcères est la lenteur de leur évolution; à la longue, les lésions s'aggravent: extension des ulcères, infiltration calcaire, etc.

Bien des traitements ont été proposés: curettage, coagulation, fulguration, excision, etc. M. préfère le traitement plus simple de Heusch, qui consiste à mettre le malade au repos, à traiter son état général et à ne faire localement que des instillations chaudes à concentration élevée d'argolavol ou de protargol.

De nombreuses théories pathogéniques ont été émises (Fenwick, Le Fur, Hunner, Blum, etc.). En réalité, l'étiologie de ces ulcères n'est pas connue avec certitude, mais leur origine hématogène est bien vraisemblable. M. fonde son étude sur 23 cas de purpura (11 hommes, 12 femmes) et sur 52 cas d'ulcère vésical (7 hommes, 45 femmes).

Bernard Fey.

### REVISTA ARGENTINA DE TUBERCULOSIS
### (Buenos-Ayres)

**A. J. Rey, J. C. Rey** et **R. J. Massé.** ***Tuberculose pulmonaire à forme pseudo-néoplasique*** (*Revista Argentina de Tuberculosis*, vol. 4, n° 4, Juillet-Août 1938, p. 185-190). — Bien souvent le cancer primitif du poumon revêt une forme pseudo-tuberculeuse. Les formes variées, bien connues et classées, en sont passées en revue, par les A. A. Mais ceux-ci ont observé aussi des formes pseudo-néoplasiques de tuberculose, dont ils nous rapportent deux observations: Un malade, âgé de 40 ans, est examiné en Octobre 1936, pour des douleurs persistantes de l'épaule et du dos. Un cliché révèle des ombres hilaires chargées, avec points calcifiés, et de nombreuses ramifications broncho-vasculolymphatiques. Pas de lésions parenchymateuses. En Décembre de la même année, les douleurs s'accentuent. Un nouveau cliché accuse un processus tuberculeux du sommet et de la région infraclaviculaires droits, avec contours arrondis, dense, qui masque les arcs costaux. Température à 38° durant huit jours. L'examen de l'expectoration ne donne aucun résultat. Bon état général. L'appétit est conservé, aucun signe d'imprégnation. En Mars 1937, on note à l'examen clinique une matité absolue de la fosse susépineuse droite. L'appétit a diminué. Un cliché montre une rétraction thoracique notable, à sa partie supérieure. Une masse opaque, circulaire, occupe la partie interne des 4e, 5e et 6e espaces intercostaux. Le sommet est obscur. Les examens de laboratoire sont négatifs.

En Décembre 1937, le malade présente une température élevée. Les douleurs sont aiguës et persistantes. L'examen radiologique révèle une extension des lésions qui ont leur traduction à l'auscultation. L'examen bactériologique est positif pour la première fois.

La deuxième observation est celle d'un homme de 45 ans, souffrant de troubles gastriques depuis 8 ans. Depuis 2 mois il présente des symptômes d'ulcus gastrique. A la faveur d'un examen radiologique, on découvre une ombre pulmonaire dense, homogène, s'étendant du médiastin à la paroi thoratique. Le tableau clinique est le même que dans le précédent examen. Le malade meurt au cours d'une hémorragie interne, qui ne put être traitée chirurgicalement. L'autopsie confirme la présence d'un ulcus gastrique et celle, dans chaque poumon, d'un nodule en dégénérescence caséeuse.

Ces formes atypiques de tuberculose, s'accompagnant de douleurs, rebelles à toute thérapie, sont possibles à diagnostiquer, après une période d'observation et d'attente, parfois longue, malheureusement. Devant l'évolution et la symptomatologie de ces formes sus-décrites, les A. A. pensent qu'on peut leur donner le nom de : pseudo-néoplasiques.

Robert Coronel.

### JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
### (Bruxelles)

**J. Bottin.** ***La cause lointaine de la mort à la suite d'une obstruction intestinale haute est une intoxication; la cause accessoire, la déshydratation et la déminéralisation*** (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. 6, n° 8, Octobre 1938, p. 557-594). — Des essais expérimentaux personnels chez le chien, avec exclusion du pancréas de l'anse obstruée et de nombreux travaux cliniques et expérimentaux résumés dans ce travail, il résulte que si des survies importantes peuvent être obtenues en combattant la déshydratation et la déminéralisation, ces deux médications n'empêchent pas la majorité des animaux de succomber dans des délais que l'on ne peut guère considérer comme prolongés.

La mort, à la suite d'une obstruction intestinale haute, a comme cause lointaine une intoxication dans laquelle le carrefour duodéno-pancréatique joue le rôle essentiel. Dans les circonstances ordinaires cette intoxication, à elle seule, n'est pas susceptible d'entraîner la mort. Mais elle s'accompagne d'une déshydratation et d'une déminéralisation importantes qui, agissant seules au degré où elles sont réalisées dans l'obstruction haute de l'intestin, n'entraînent pas non plus la mort aussi rapidement. Mais elles permettent à l'intoxication de produire ses effets; elles empêchent ou réduisent l'action désintoxicante du foie et l'élimination rénale de la toxine. Elles sont d'ailleurs à elles seules suffisantes pour produire une intoxication générale mais peu importante de l'organisme.

Les phénomènes les plus apparents sont la déshydratation et la déminéralisation, mais celles-ci dissimulent en réalité l'intoxication qui doit être considérée comme la cause de la mort à la suite d'une obstruction haute. La thérapeutique de déshydratation et de reminéralisation n'est active qu'à condition d'apporter à l'organisme une quantité d'eau et d'ions supérieure à celle qu'il a perdue.

Il serait désirable de supprimer la cloison que l'on dresse entre l'obstruction haute et l'obstruction basse de l'intestin grêle. Les travaux sur lesquels est basée cette distinction comportent, en effet, un grand nombre d'obstructions moyennes sinon basses de l'intestin grêle.

Robert Clément.

### L'UNION MÉDICALE DU CANADA
### (Montréal)

**W. Penfield** et **W. Cone** (Montréal). ***Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle*** (*L'Union médicale du Canada*, t. 67, n° 11, Novembre 1938, p. 1154-1158). — Chez de nombreux malades, l'hypertension artérielle ne s'accompagne d'aucune lésion importante et peut être considérée comme essentielle. Dans ce cas, on peut la traiter par une opération qui, le plus souvent, détermine une amélioration symptomatique, et, chez quelques malades, la guérison.

P. et C. ont pratiqué dans ce but la neurectomie sus-diaphragmatique des nerfs splanchniques combinée à la ganglionectomie. Sous anesthésie intra-trachéale à l'éther, on procède à la résection bilatérale et extra-pleurale des nerfs grand et petit splanchniques, splanchnique inférieur et de la chaîne sympathique comprenant les X, XI et XIIemes ganglions thoraciques. Il faut éviter de dilacérer la plèvre. Il faut parfois pousser la dissection jusque dans le diaphragme pour trouver

le nerf splanchnique inférieur qui naît du XII[eme] nerf intercostal. Avec des pinces d'argent à compression douce, on évite l'hémorragie et l'écoulement du chyle du canal thoracique.

19 malades ont subi la splanchnectomie bilatérale; 1 une splanchnectomie unilatérale. Les sujets variaient de 22 à 53 ans.

Une malade mourut 2 mois après l'opération. 3 sujets retirèrent un bénéfice subjectif de l'opération, avec réduction de la pression durant les premières semaines, puis à nouveau élévation de la tension, malgré la persistance de l'amélioration subjective. 2 malades sur les 20 de la série peuvent être considérés comme guéris depuis plus d'un an. Tous deux étaient jeunes: 28 et 33 ans.

Cette opération ne doit pas être effectuée sur les hypertensions secondaires à des tumeurs surrénales ou de la pituitaire, à l'artério-sclérose, à la maladie polykystique des reins ou à la pyélonéphrite. Chez les 20 opérés la fonction rénale était à peu près normale. ROBERT CLÉMENT.

### SEMANA MEDICA ESPANOLA
### (Saint-Sébastien)

**A. de Cara.** ***La chimiothérapie antimicrobienne et ses applications en pathologie respiratoire*** (*Semana Medica Espanola*, an. 1, n° 3, 17 Septembre 1938, p. 71-79). — Après avoir esquissé un court historique de la chimiothérapie et fait une étude pharmacologique des produits employés à l'heure actuelle, A. de C. nous donne rapidement les indications générales de la chimiothérapie: streptococcies, méningococcies, gonococcies, pneumococcies, etc. Mais en dehors de ces indications très connues, A. de C. a employé cette thérapeutique, dans son centre antituberculeux. Et les cas qui se sont présentés sont évidemment différents. A. de C. nous présente 4 cas d'affections pulmonaires traitées chimiothérapiquement. Le premier est un pyopneumothorax gauche par perforation pleuro-pulmonaire. On fait 20 injections intra-musculaires de prontosil. Un mois après, une amélioration nette est constatée, amélioration qui va en s'accentuant, puisque encore 1 mois après, le malade, apyrétique, n'ayant plus de toux ni d'expectoration, ne souffrant plus, ne présente à la radiographie qu'une condensation pachypleurale de la base.

Le cas suivant, un homme de 56 ans, ayant un passé pathologique assez chargé, présentant un état fébrile, lors de l'examen, avec asthénie, amaigrissement, toux et expectoration abondante. La radiographie montre de petites infiltrations diffuses et des éléments nodulaires du côté gauche, avec participation de la plèvre costodiaphragmatique.

Tout traitement échoue. On prescrit alors 10 injections de prontosil et 20 jours après les symptômes ont disparu. Les clichés radiographiques sont absolument normaux.

Les deux dernières observations sont sensiblement identiques, mais le médicament employé fut le septoplix. A. de C. conclut en pensant que nombre de processus pneumoniques, bronchopneumoniques, et de suppurations pleuro-pulmonaires, dans lesquels l'infection microbienne joue un rôle si important, relèvent de la chimiothérapie. Une importante bibliographie termine cet intéressant travail. ROBERT CORONEL.

### ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY
### (Chicago)

**Ralph M. Stuck** et **David L. Reeves.** ***Dangereux effets du thorotrast utilisé par voie intracranienne*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 40, n° 1, Juillet 1938, p. 86-116). — Le thorostrast a été utilisé comme moyen d'investigation intracranienne. S. et R. étudient son comportement, les réactions qu'il détermine, les accidents qu'il peut provoquer, son mode d'élimination, quand il est introduit dans les ventricules ou les espaces sous-arachnoïdiens de l'homme et des animaux.

Le thorotrast est une suspension colloïdale de dioxyde de thorium se mêlant aisément aux humeurs de l'organisme, et susceptible de déterminer des réactions inflammatoires précoces et tardives dans les tissus.

Le métal, le thorium, dont le sel est dérivé, est le second de tous les métaux lourds, et très rapidement il se précipite et s'amasse aux points les plus déclives des espaces sous-arachnoïdiens ou des ventricules.

Introduit dans l'organisme, le thorotrast est traité comme un corps étranger et englobé par les phagocytes et tous les éléments du tissu réticuloendothélial. La radioactivité, et en particulier les rayons X qu'il émet, sont particulièrement nocifs pour les tissus. Ces rayons détruisent les cellules vivantes et leur rayon d'action est de 32 microns. Il détermine des réactions méningées inflammatoires et des épendymites, du tissu de granulation, de la fibrose, du tissu de cicatrice et même des productions sarcomateuses. L'hydrocéphalie est fréquente chez les animaux ayant reçu du thorotrast, et l'on peut également observer des crises convulsives.

Après injection ventriculaire de thorotrast, S. et R n'ont pu déceler, par les divers moyens d'investigation mis en œuvre, la présence de ce corps dans les viscères de l'organisme, dans les urines ou dans les fèces. Si donc le thorotrast ne s'élimine pas et reste dans l'organisme, on conçoit le danger d'introduire ainsi un corps étranger radioactif dont il est encore impossible de préciser tous les méfaits qu'il peut causer. H. SCHAEFFER.

**Arthur R. Elvide** et **George E. Reed.** ***Etude biopsique des lésions cérébrales dans la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 40, n° 2, Août 1938, p. 227-269). — Nos connaissances anatomiques actuelles sur l'état du cerveau dans les psychoses sont très incomplètes. Il s'agit en effet d'affections de très longue durée, et il est souvent difficile de préciser si les lésions anatomiques constatées à l'autopsie relèvent de la psychose elle même, ou de l'état cachectique qui a conditionné la mort. Aussi, s'inspirant des recherches antérieures de Foerster sur la biopsie du cerveau dans la paralysie générale, E. et R. ont utilisé la même technique dans les psychoses.

Un cylindre creux plongé dans l'écorce permet d'obtenir un fragment de cerveau de 4, 5 mm. de longueur et de 3 à 4 mm. de diamètre que l'on aspire avec une seringue de Luer sans préjudice notable pour le malade, et sans altérations du tissu extrait.

Le résultat des examens montre dans la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive un gonflement des cellules de l'oligodendroglie souvent associé à une hypertrophie légère des astrocytes, et qui suivant les cas peut s'associer à une intégrité du noyau ou au contraire à son aspect pycnotique.

Ces lésions oligodenbrogliales s'observent au cours des phases aiguës, mais semblent bien persister ainsi que le montrent des biopsies pratiquées 1, 2 ou 3 ans après.

Ces modifications cellulaires s'observent surtout dans la substance blanche, à 1 cm. de la surface de l'écorce, et sont souvent plus intenses dans les régions plus profondes. Elles peuvent être disséminées, ou se présenter dans des zones limitées.

Des lésions de même ordre ont été observées chez des épileptiques confus en dehors des crises, mais jamais chez des comitiaux normaux entre leurs attaques. On peut les observer également dans les états ou la mort est survenue dans la stupeur et le coma.

Il est permis de penser qu'il existe un rapport entre ces lésions anatomiques et les troubles mentaux, par le trouble qu'elles peuvent apporter dans le rôle joué par les fibres commissurales et le faisceaux d'association du cerveau, réalisant ainsi une sorte de rupture, et une perte du contrôle entre les divers champs intellectuels, volitionnels et émotionnels.

Par analogie avec les autres états où l'on observe des lésions identiques, on peut admettre que ces altérations sont d'ordre toxique ou métabolique. H. SCHAEFFER.

### BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL
### (Baltimore)

**Al. L. Florman** et **M. M. Wintrobe.** ***Globules rouges humains elliptiques*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 63, n° 4, Octobre 1938, p. 209-219). — Les hématies elliptiques constituent, en général, une anomalie familiale, mais on peut les observer aussi, alors en beaucoup plus faible proportion, chez des sujets normaux ou atteints d'une affection du sang. La forme elliptique est plus ou moins marquée, allant d'un simple ovale à une véritable baguette.

11 exemples de cette anomalie, appartenant à 3 familles, sont le point de départ de ce travail, 2 de ces familles étaient noires. Sur 12 individus appartenant à 2 générations examinées, 4 avaient un nombre considérable (83 pour 100 chez l'un d'eux) d'érythrocytes elliptiques, tous étaient bien portants.

Sur les 8 membres de la deuxième famille, 4 étaient porteurs de nombreuses hématies elliptiques. Les 3 membres de la troisième famille présentaient l'anomalie.

Dans 89 pour 100 d'une série de 62 individus non anémiques, on a trouvé un pourcentage de globules elliptiques variant de 1 à 15 pour 100. Dans une série de 100 cas consécutifs d'anémie, 98 pour 100 des sujets présentaient un assez grand nombre de ces globules: dans 12 pour 100 des cas, le taux était de 25 pour 100.

Les globules rouges elliptiques sont trouvés plus fréquemment dans les anémies macrocytiques que dans les autres types d'anémie. Ils deviennent de plus en plus communs à mesure que l'anémie devient plus sévère, sans qu'il y ait un rapport bien défini.

La forme elliptique est caractéristique de cellules adultes et non de cellules jeunes. ROBERT CLÉMENT.

**L. C. Kolb.** ***Myotonie congénitale chez les chèvres. Description de la maladie. Les effets de la quinine, de divers dérivés quiniques, d'autres alcaloïdes et de sels sur les symptômes myotoniques*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 63, n° 4, Octobre 1938, p. 221-236). — Il existe, chez les chèvres, une myotonie congénitale que l'on peut considérer pratiquement comme identique à la myotonie humaine congénitale ou maladie de Thomsen. Ces animaux constituent un matériel expérimental de valeur pour l'étude de l'état myotonique.

4 chèvres ont servi à cette étude. Les animaux souffrent d'attaques transitoires de rigidité musculaire, provoquée par un effort violent. Les crises typiques durent 10 à 20 secondes, surviennent lorsque les chèvres sont effrayées et font un effort soudain pour sauter. Après la crise, il y a une période de 20 à 30 minutes réfractaire, durant

laquelle la rigidité musculaire ne peut être provoquée. Le froid augmente la tendance à la myotonie. Chez la femelle, les symptômes disparurent pendant la grossesse et 1 mois après la délivrance. Ils n'apparaissent chez les petits qu'à l'âge de 1 mois.

On peut provoquer la réaction myotonique typique par percussion des muscles. Une excitation électrique galvanique entraîne une simple contraction. Une excitation faradique non douloureuse tétanise; l'excitation faradique douloureuse produit une contraction prolongée.

La biopsie montre que les muscles sont histologiquement normaux.

La quinine et les dérivés quiniques, à l'exception de la quiténine, de la quiténidine, de l'eucupine et de l'atébrine, améliorent l'état myotonique.

La prostigmine et la pilocarpine aggravent les symptômes; la prostigmine a un effet réversif sur l'action de la quinine. L'éphédrine et le baryum augmentent la myotonie, mais n'ont pas cette action réversive.

L'atropine, l'adrénaline, le potassium, le calcium, le magnésium, la guanidine et l'alcool ne modifient pas la myotonie.

Robert Clément.

## THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY (Boston)

**Henry W. Meyerding** (Rochester). ***Les résultats du traitement du sarcome ostéogénique*** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 20, Octobre 1938, p. 933-948). — Travail de statistique qui groupe les sarcomes ostéogéniques traités à la clinique Mayo de 1909 à 1934. Sur 216 cas, M. n'en retient que 187 pour lesquels un examen histologique a été pratiqué et dont les coupes ont été revues et classées.

Prédominance nette du sexe maculin : 126 mâles contre 61 femmes. Les âges extrêmes ont été : 3 ans et 77 ans; le maximum de fréquence s'inscrit aux environs de la 30e année.

184 malades ont pu être suivis. Il faut noter qu'on retrouve une corrélation très nette entre le degré de malignité histologique et la durée de la survie. Les sarcomes étiquetés du degré n° 1 de malignité (c'est-à-dire histologiquement les moins malins) ont donné 60 pour 100 de survie de 5 ans ou davantage, tandis que le degré n° 4 ne donnait que 11 pour 100 de survie de 5 années.

M. discute ensuite la question de la biopsie. La biopsie lui semble intéressante : elle doit être faite à ciel ouvert et la pièce demande à être interprétée par un anatomo-pathologiste entraîné. Elle renseigne sur le degré de malignité de la tumeur et permet de choisir la méthode thérapeutique adéquate.

Les résultats obtenus dans le traitement des sarcomes ostéogéniques sont les suivants : sur les malades traités par radiothérapie seule, on trouve 9,1 pour 100 de survies au delà de 5 ans. L'excision, avec ou sans irradiation ultérieure, a donné 34.1 pour 100 de survies de 5 années ou de plus de 5 années. Les cas traités par amputation avec ou sans irradiation donnent 24,7 pour 100 de survies de 5 années. Mais il faut noter que l'excision simple n'a été pratiquée que dans des cas relativement favorables tandis que l'amputation a été employée dans les cas graves, parfois même à titre uniquement palliatif, jamais dans les sarcomes appartenant au groupe n° 1.

Sur le total de 158 malades suivis, et quelle que soit la méthode de traitement, on trouve un chiffre global de 23,4 pour 100 de survies de 5 années au moins après la mise en œuvre du traitement.

Alain Mouchet.

## JOURNAL OF PHYSIOLOGY (Londres)

**Theodore J. Case** et **Paul C. Bucy**. ***Localisation des lésions cérébrales par l'électro-encéphalographie*** (*Journal of Physiology*, vol. 1, n° 3, Mai 1938. p. 245-262). — L'électro-encéphalographie semble devoir être une méthode d'appoint pour préciser l'existence et le siège des diverses lésions cérébrales, surtout celle des tumeurs cérébrales. Elle a en tout cas le mérite indéniable de n'être aucunement choquante pour le malade. De plus, elle a l'avantage de donner des renseignements de même ordre pour les lésions siégeant dans les zones muettes du cerveau que pour celles qui intéressent d'autres régions.

C. et B., d'après leurs observations, ont constaté les modifications électro-encéphalographiques suivantes : 1° Des oscillations très lentes, de 1 ou 2 ou 3 secondes; 2° des ondes lentes de 1/2 à 3 par seconde; 3° des ondes en clocher ou en dents de scie; 4° des manifestations électriques d'attaques épileptiques localisées; 5° l'absence d'ondes α, ou des différences marquées de cette onde pour les deux hémisphères; 6° une diminution marquée ou une absence localisée d'activité électrique. Ces constatations sont basées sur l'observation de 11 malades dont les électro-encéphalogrammes sont rapportés par C. et B. et ont permis de préciser le siège des lésions cérébrales. Le diagnostic anatomique vérifié par l'intervention opératoire, par la nécropsie ou encore par les deux montre qu'il s'agissait, dans 8 cas, de tumeurs cérébrales, dans 2 cas de cicatrices cérébrales post-traumatiques, et dans un cas d'une importante cicatrice méningée.

H. Schaeffer.

## SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

**R. J. Jackman** et **J. A. Bargen** (Rochester). ***L'influence de certaines substances antispasmodiques sur l'intestin de l'homme*** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. 67, n° 1, Juillet 1938, p. 63-69). — J. et B. ont étudié l'action de quelques antispasmodiques sur le tonus de l'intestin à l'aide d'un ballon plein d'eau introduit dans l'intestin et relié à un manomètre à eau.

La trinitrine et le nitrite d'amyle sont les agents dont l'action est le mieux marquée comme dépresseur du tonus et diminution de l'irritabilité du gros intestin. Mais ils présentent certains inconvénients : la tendance syncopale et la sensation de céphalée qu'ils produisent.

La morphine accroît le tonus du côlon et provoque des contractions localisées de l'intestin; il serait préférable après les opérations d'utiliser les nitrites en cas de météorisme post-opératoire.

La benzédrine (phénylisopropylamine) administrée même à forte dose (30 *mg.* par voie intraveineuse) ne donne pas constamment une diminution du tonus et celle-ci est toujours minime.

Le syntropan et la trasentine sont des antispasmodiques actifs; ils ont l'activité de l'atropine sans en avoir les inconvénients.

M. Guibé.

**E. P. Coleman** et **D. A. Bennett** (Canton, Illinois). ***Alcoolisation du ganglion stellaire droit pour tachycardie paroxystique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 67, n° 3, Septembre 1938, p. 349-354). — C. et B. ont eu l'occasion de traiter par cholécystectomie deux malades atteintes de cholécystite suppurée et calculeuse qui présentaient toutes deux des crises de tachycardie paroxystique. Un jour chez l'une, deux jours chez l'autre après l'opération, se développa une crise de tachycardie. On ne s'en alarma pas tout d'abord, accoutumé qu'on était à ces crises; mais celles-ci durèrent 4 jours sans répit et se terminèrent par la mort. Fin 1935 se présente à eux de nouveau une malade qui depuis 20 ans présentait de la tachycardie; les crises revenaient de 3 à 6 fois par jour avec une durée de 20 minutes à 2 heures. Rien n'a pu les améliorer.

Depuis 4 à 5 ans, elle présente des crises de coliques hépatiques et depuis lors, dit elle, ses crises de tachycardie sont devenues plus violentes et plus fréquentes.

L'examen radiographique révèle une vésicule bourrée de calculs. L'électrogramme donne la courbe habituelle de la tachycardie au cours des accès; mais en dehors d'eux le cœur paraît intact.

C. et B. refusent de l'opérer tant qu'on n'aura pu diminuer sa tachycardie et, pour y arriver, le 4 Janvier 1936, ils pratiquent l'alcoolisation du ganglion étoilé. Au cours de celle-ci apparaît une crise de tachycardie, mais très rapidement, en même temps qu'apparaissait le syndrome de Horner, le pouls descendait de 216 à 88.

Au bout de 4 mois, la malade revient ; elle n'a plus présenté de crises de tachycardie, si bien qu'on peut sans aucune complication lui pratiquer une cholécystectomie.

Revue récemment la malade reste guérie de son cœur et de sa vésicule. Sa pression sanguine est de 174/92 et son électrocardiogramme normal.

Le seul inconvénient de cette alcoolisation est une névrite intercostale qui s'atténue avec le temps.

M. Guibé.

## RIVISTA DI CHIRURGIA (Naples)

**D. Divella** (Bari). ***Nécrose aiguë du pancréas et shock anaphylactique. Recherches expérimentales*** (*Rivista di Chirurgia*. an. 4, n° 9, Août 1938, p. 444-451). — Dans une série de recherches sur le chien, D. prépare les animaux par injection intra-musculaire de sérum frais de cheval.

Trois semaines plus tard, toutes précautions étant prises pour éviter tout traumatisme du pancréas, D. pratique dans le corps de l'organe 5 injections d'un 1/2 *cm*³ chacune de sérum frais de cheval.

Les chiens sont sacrifiés de 16 à 24 heures après ces injections.

Résultats : Dans un cas, animal très fatigué, liquide séro-hématique dans le péritoine, zone hémorragique autour des points d'injection intrapancréatiques, œdème très marqué, congestion massive, zones de nécrose épithéliale.

Dans 3 cas : faible quantité de liquide hématique et, dans les zones atteintes, hémorragies interlobulaires, œdème, petites plages de nécrose épithéliale.

Dans 3 cas, résultats négatifs.

J. Assali.

## THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

**T. Ishizuka**. ***La gelréaction à la formaline dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. 44, n° 2, 20 Août 1938, p. 66). — I. a recherché la gelréaction à la formaline dans 218 cas de maladie de Nicolas-Favre, 15 cas de chancre mou avec bubon, et 45 cas de syphilis.

I. conclut que c'est dans la lymphogranulomatose inguinale que la formol-réaction donne le plus grand pourcentage de cas positifs et la plus grande intensité.

Exceptionnellement, cette réaction apparaît plus tôt que la réaction de Frei dans la lymphogranulomatose inguinale.

Cette réaction positive apparaît dans la deuxième

moitié du premier stade de la maladie de Nicolas-Favre, elle persiste jusqu'au troisième stade et diminue ensuite progressivement pour disparaître au début de la convalescence.

La positivité de la formol-réaction est proportionnelle à l'étendue du foyer.

R. Burnier.

### THE JAPANESE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

**K. Nakamura** et **Y. Takahashi.** ***Etude sur le mécanisme de la réaction anaphylactique*** (*The Japanese Journal of experimental Medicine*, t. **16**, n° 3, Juillet 1938, p. 161-182). — N. et T. ont cherché à déterminer expérimentalement le siège de la réaction anaphylactique et à étudier les différences entre lui et le point d'attaque de l'histamine.

Comme matériel expérimental, ils ont employé l'iléon de cobaye sensibilisé au sérum de cheval. L'animal est tué par saignement total et le sang des vaisseaux abdominaux est éliminé en y injectant la solution de Tyrode.

L'iléon et l'utérus de cobaye normal ne réagissent pas au sérum de cheval; ils répondent par une contraction violente à l'histamine ainsi qu'au chlorure de baryum. L'iléon isolé de cobaye sensibilisé réagit très nettement au sérum de cheval, tandis que celui de bœuf ou de porc ne provoque aucune contraction. Après désensibilisation l'intestin ne réagit plus au sérum, il est encore très sensible à l'histamine et au chlorure de baryum.

L'iléon de cobaye mort à la suite de choc anaphylactique, tantôt réagit au contact du sérum de cheval par une contraction remarquable, tantôt il reste réfractaire.

L'atropine à elle seule ne peut dissocier la réaction anaphylactique de la réaction à l'histamine ; elle l'empêche aussi. La combinaison de l'atropine avec l'acétylcholine et la nicotine peut dissocier la réaction anaphylactique de la réaction histaminique. Le tartrate de nicotine, l'adrénaline peuvent aussi et isolément dissocier les deux réactions. Ces diverses substances n'influencent pas la réaction à l'histamine tandis qu'elles agissent sur celle causée par le sérum de cheval.

On peut conclure de ces expériences que la réaction anaphylactique diffère de la réaction à l'histamine. Il y a un rapport direct entre la réaction anaphylactique et les terminaisons périphériques du système nerveux, il n'y en a pas entre celles-ci et la réaction à l'histamine. Peut-être le siège de la réaction anaphylactique se trouve-t-il dans les terminaisons du système nerveux végétatif.

Robert Clément.

### ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

**Danbolt** et **Mossige.** ***Tricophytie humaine due au renard argenté*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, n° 3, Août 1938, p. 368-374). — D. et M. ont eu l'occasion d'observer, à la clinique d'Oslo, plusieurs cas de tricophytie chez les éleveurs de renards. Les renards d'une grande ferme d'élevage, dont le personnel avait présenté plusieurs cas de tricophytie, furent examinés.

Plusieurs renards de cette ferme avaient de légères anomalies de la fourrure, surtout au museau, aux oreilles et aux pattes; les poils avaient perdu leur couleur et étaient en partie tombés; la peau était légèrement squameuse.

Dans les poils et les squames, on trouva un mycélium abondant que la culture montra être du *Tricophyton gypseum asteroides*. Chez les éleveurs qui travaillaient dans cette ferme, on a cultivé le même champignon.

En Norvège, l'élevage des renards argentés est devenu une industrie très importante. En 1936, il y avait environ 18.000 fermes, comprenant environ 190.000 renards argentés. Dans ces fermes, les animaux vivent dans les meilleures conditions d'hygiène, ce qui explique que la tricophytie ne peut prendre une grande extension.

R. Burnier.

**P. Schlanbush.** ***Polynévrite gonococcique*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, n° 3, Août 1938, p. 390-394). — Un malade, atteint 4 mois auparavant d'une blennorragie sans complications et apparemment guéri, vit apparaître une névrite bilatérale du sciatique poplité externe, avec troubles de la sensibilité et de la motilité, atrophie musculaire, troubles trophiques de la peau et douleurs assez vives. En même temps que les troubles nerveux, les gonocoques reparurent.

S. attribue cette névrite au gonocoque; il élimine la syphilis du malade, bien soignée par le néosalvarsan et le bismuth, une intoxication médicamenteuse arsenico-bismuthique, ainsi que l'alcoolisme.

Cette névrite gonococcique atteint surtout les nerfs des membres inférieurs, sciatique, tibial, musculo-cutané; elle est parfois limitée à un seul nerf.

Cette névrite peut apparaître 7 jours après l'urétrite, mais ordinairement elle est plus tardive, et survient volontiers à l'occasion d'une rechute de l'urétrite.

Son pronostic est bon, les fonctions se rétablissant en quelques mois. On a cependant signalé quelques cas de mort par paralysie progressive.

R. Burnier.

**Broers.** ***Adiponécrose sous-cutanée des nouveau-nés*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, n° 3, Août 1938, p. 404-409). — B. rapporte un cas de cette induration rare de la peau qu'il faut distinguer de la sclérodermie et du sclérème.

L'accouchement avait été long et difficile (18 heures) et l'enfant était né 6 heures après la rupture des membranes en état d'asphyxie. L'enfant, normal et bien conservé, fut nourri au lait maternel.

On vit apparaître ultérieurement dans les deux régions deltoïdiennes et sur le dos une infiltration violacée de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; la peau était douloureuse au toucher et plus chaude que la peau voisine. La pointe d'un bistouri fut introduite dans l'infiltrat et il en sortit une masse blanche, molle, caséeuse, contenant une masse amorphe de graisses sans cellules ni noyaux, et sans bactéries, une vraie masse nécrotique. Au microscope, on trouva des cristaux typiques en aiguilles de palmitine et de stéarine.

La guérison fut obtenue en 3 mois.

R. Burnier.

**Perkel** et **Tulbermann.** ***Sérodiagnostic de la 4e maladie vénérienne (maladie de Nicolas-Favre)*** [*Acta dermato-venereologica*, t. **19**, n° 3, Août 1938, p. 410-423]. — P. et T. ont utilisé la réaction à la formaline, proposée en 1920 par Gaté et Papacosta, dans la syphilis, pour le séro-diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre.

Ils ont suivi la technique suivante : A 1 $cm^3$ de sérum frais, non inactivé, on ajoute II gouttes de formaline non diluée; ils considèrent comme positive une réaction dans laquelle la congélation s'est produite dans les 24 heures. Les épreuves sont effectuées dans de petits tubes dûment bouchés et à la température de la chambre.

P. et T. ont examiné cette réaction dans 765 sérums: 57 sujets sains, 137 personnes venues pour l'examen prophylactique, 16 de diagnostic incertain, 27 blennorragies aiguës ou chroniques, 64 chancres mous. Dans tous ces cas, l'épreuve à la formaline fut négative.

Sur 63 dermatoses, un seul malade atteint de prurigo donna une réaction positive (1,6 pour 100). 12 malades (3,5 pour 100) sur 345 syphilitiques ont donné une réaction positive; dans les cas de syphilis latente, une réaction positive à la formaline ne fut obtenue que dans 1 pour 100 environ des cas (2 cas sur 210).

Sur 57 cas de maladie de Nicolas-Favre, dont 3 avaient un esthiomène, 47 (82,5 pour 100) donnèrent un résultat positif (dont 1 cas d'esthiomène). Cette réaction positive apparaît ordinairement 2 semaines après le début de la maladie et persiste environ 2 mois.

Cette réaction n'a pas la spécificité de la réaction de Frei, mais comme elle est facile à pratiquer par tous, elle peut rendre des services dans le diagnostic de la quatrième maladie vénérienne.

La réaction de fixation du complément avec des antigènes spécifiques (extrait de bubon, antigène purulent de bubon, extrait cérébral de lapins infectés) s'est montrée nulle dans le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

### ARCHIVOS DE PEDIATRIA DEL URUGUAY (Montevideo)

**A. Carrau, H. C. Bazzano** et **M. E. Mantero** (Montevideo). ***Dysostose cléido-cranienne familiale*** (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. 9, n° 10, Octobre 1938, p. 620-634). — Le syndrome de dysostose cléido-cranienne, caractérisé par des dystrophies osseuses avec déformations craniennes et une aplasie plus ou moins accentuée des clavicules, a été isolé en 1897 par Pierre Marie et Sainton. Ce syndrome, essentiellement familial et héréditaire, a été étudié en particulier par Crouzon, qui, en 1929, pouvait en réunir une cinquantaine de cas, publiés dans la littérature, démontrant que cette affection était moins exceptionnelle qu'on ne croyait tout d'abord. D'ailleurs, 35 nouveaux cas ont encore été publiés depuis 1930.

Le présent mémoire est le premier travail consacré en Uruguay à la dysostose cléido-cranienne. Il se rapporte à 5 cas, appartenant tous à une même famille et répartis sur trois générations.

La maladie, après avoir frappé en premier le grand-père maternel, fut transmise à une fille, la seule atteinte sur huit enfants. Cette fille, s'étant mariée à son tour avec un sujet indemne, en eut 8 enfants, dont 7 vivants au moment de l'observation.

4 de ces enfants présentent à leur tour les symptômes caractéristiques de la dysostose cléido-cranienne: une fille de 15 ans, un garçon de 13 ans, un garçon de 6 ans, une fillette de 9 mois. Le garçon de 6 ans avait été admis à l'hôpital pour une pneumonie du lobe inférieur droit et l'étude de ses antécédents permit d'établir cette observation familiale, à l'occasion de laquelle les auteurs publient une étude complète du syndrome.

G. Schreiber.

# Une Ciné-caméra d'une scientifique simplicité

Avec le Ciné-"Kodak" pas besoin d'opérateur spécialisé : tous les organes, même les plus délicats, les plus précis, ont été conçus pour l'aisance, la simplicité et le succès de vos prises de vues. A la salle d'opérations, à la visite, dans les salles de traitements spécialisés, vous filmerez rapidement, sans bruit, sans complication. D'un faible encombrement, vous emporterez votre Ciné-"Kodak" dans vos déplacements professionnels et il vous accompagnera même dans vos vacances, dans vos loisirs en famille, dans vos voyages. En noir comme en couleurs (film "Kodachrome") vous lui devrez une précieuse documentation médicale filmée, ainsi que de bien charmants souvenirs personnels.

Après avoir exposé votre film, vous le remettrez à Ciné-Grim, qui vous le rendra prêt pour la projection sans aucune dépense supplémentaire.

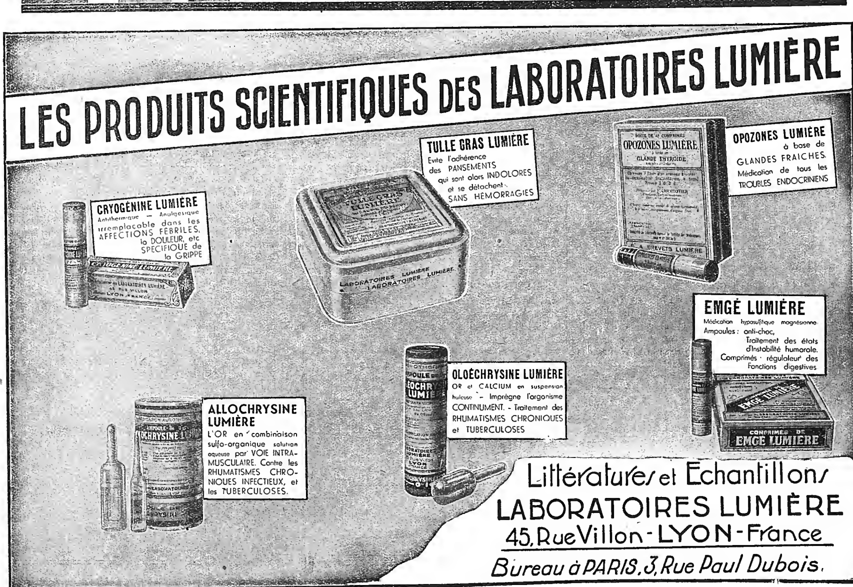
**CINÉ-GRIM VOUS PRÉSENTE LE MAGAZINE CINÉ-"KODAK"**

Se charge et se décharge en un clin d'œil au moyen d'un chargeur, ce qui permet de passer à tout moment d'une émulsion à une autre, du film en noir au film en couleurs "Kodachrome". Il comporte bien d'autres avantages tels que : 3 cadences d'enregistrement, 8, 16 et 64 images (pour effets de ralenti) à la seconde. Changement de l'objectif à volonté : fourni avec objectif "Kodak" anastigmat f : 1,9, celui-ci peut être instantanément remplacé par un autre appartenant à une gamme de 7 objectifs de foyers différents pour usages les plus variés. - Système particulier de viseur reflex s'adaptant à l'objectif employé. - Contrôle automatique de la longueur des scènes enregistrées. - Compteurs visibles du métrage filmé, etc... Sa manipulation aisée, sa scientifique simplicité, sa robustesse rendent des plus sûres et des plus faciles la prise de vues sur film 16 m/m.

**CINÉ-GRIM**

182, BOULEVARD BERTHIER
PARIS

**LE GRAND SPÉCIALISTE DU CINÉ-"KODAK"**
se tient à votre entière disposition sur un simple appel de votre part.
TÉL. : GALVANI 54-53



# REVUE DES JOURNAUX

### ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

**L. Tixier** (Paris). ***Le traitement des méningites aiguës par le sulfamide*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. **41**, n° 10, Octobre 1938, p. 609-632). — Cet article constitue une très bonne mise au point de cette nouvelle chimiothérapie.

Après avoir rappelé que le p. amino-phényl-sulfamide ou 1162 F, ou par abréviation sulfamide a été obtenu dans le laboratoire de M. Fourneau à l'Institut Pasteur, que ce produit est actif tout à la fois *in vivo* et *in vitro*, T. expose la posologie qui a été envisagée dans tous ses détails par René Martin. La dose conseillée *par la bouche* dans les méningites est de 0 *g*. 15 par kilogramme. Il est recommandé de fractionner les doses en huit prises par 24 heures.

Les dosages ont montré que le 1162 F est mieux absorbé par *voie buccale* que par toute autre voie. Selon T., *la voie intra-rachidienne* n'est à employer qu'exceptionnellement et à réserver aux formes d'une extrême gravité. Dans ce dernier cas, l'injection intrarachidienne pourra être quotidienne durant les premiers jours: on injectera une quantité de solution de sulfamide à 0 *g*. 85 pour 100, tiédie au bain-marie, égale à la quantité de liquide céphalorachidien retirée, puis on éloignera ou suspendra les injections, suivant les réponses des examens du liquide céphalo-rachidien.

Pour sa part, T. a constaté que la majorité des méningites aiguës dues à des germes divers guérissent en moins de 48 heures par *le traitement buccal*.

*La durée du traitement* variera selon l'agent causal de la méningite : 8 à 10 jours après constatation du liquide céphalo-rachidien stérile pour les méningites à méningocoques et pour les méningites sans germes visibles, 15 à 21 jours et davantage pour les méningites à streptocoques et pour les méningites purulentes traitées tardivement.

T. n'a jamais eu recours au dosage du sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien préconisé par René Martin. Ce dosage au point de vue pratique ne lui paraît pas indispensable.

T. attire l'attention sur l'intérêt *prophylactique* du traitement sulfamidé. Il est, en effet, prouvé que les épidémies de M. C. S. s'arrêtent dès que l'on donne du sulfamide à l'entourage ainsi qu'aux enfants qui fréquentent une école infectée.

T. signale aussi que toute *otite moyenne suppurée* qui ne tarit pas dans les délais habituels, toute *mastoïdite opérée* qui ne se cicatrise pas rapidement, toute *maladie contagieuse*, *toute angine grave* sont justiciables du sulfamide.

Dans les méningites, le *traitement adjuvant* reste celui de toutes les maladies graves ; favoriser une bonne diurèse, soutenir le cœur, lutter contre l'acidose au moyen de bicarbonate de soude ou de boissons alcalines. T. rappelle les médicaments incompatibles avec le sulfamide : soude, magnésie, anti-thermiques.

Sur une centaine de malades traités, T. n'a personnellement observé *aucun accident, ni incident grave*. Il est courant de noter une teinte plus ou moins cyanotique des lèvres et des extrémités qui atteint son maximum au 3e ou 4e jour et qui diminue ensuite spontanément, alors même qu'on ne diminue pas les doses de sulfamide. Cette cyanose — lorsqu'elle n'est pas due — ce qui est très rare — à de la sulphémoglobinémie ou à de la méthémoglobinémie n'est pas une contre-indication à la continuation du traitement (R. Martin).

Dans la seconde partie de son mémoire, T. expose les résultats obtenus par le traitement sulfamidé dans les différentes variétés de méningites aiguës et tout d'abord dans *les méningites à streptocoques*, généralement secondaires aux affections auriculaires, ou exceptionnellement primitives en apparence. Il signale que les comprimés de sulfamide donnés à la dose de 2 à 3 *g*. par jour, pendant dix jours consécutifs, lui paraissent suffisants pour assurer un traitement prophylactique efficace des méningites streptococciques au décours des otites moyennes suppurées.

Au sujet des *méningites cérébro-spinales à méningocoque B*, généralement très graves et peu accessibles à la sérothérapie, T. a renoncé à les traiter par le sérum antiméningococcique, parce qu'il est inopérant et parce qu'il donne lieu, au cours de la convalescence, à des troubles généraux d'interprétation délicate. Il se borne à administrer le sulfamide par la bouche : 3 à 5 *g*. chaque jour entre 10 et 15 ans, 1 *g*. 50 à 4 *g*. entre 2 ans et 10 ans, 1 *g*. à 2 *g*. chez les nourrissons. Il ne porte le précieux antiseptique directement dans la cavité rachidienne que dans les formes rebelles au traitement par la voie buccale.

Le traitement sulfamidé donne également des résultats très intéressants dans les *méningites dues à des méningocoques non identifiés*, dans *les méningites sans germes visibles* et même dans les *méningites cérébro-spinales à pneumocoques* considérées jusqu'ici comme exceptionnellement guérissables.

G. Schreiber.

### JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

**P. Courmont** et **Jean Moulinier**. ***Des courbes de sédimentation et de sérologie dans la tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. Signification pronostique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 451, 20 Octobre 1938, p. 591-607). — C. et M. apportent 27 nouvelles observations de tuberculose pulmonaire traitée par pneumothorax artificiel, au cours desquelles ont été pratiquées de nombreuses réactions sérologiques. Ils comparent ainsi les courbes obtenues avec l'évolution de la maladie, suivie pendant des mois et des années. Dans 15 cas, la vitesse de sédimentation globulaire est seule envisagée; dans les 12 autres, on a pratiqué simultanément la courbe de la vitesse de sédimentation globulaire, celle de la floculation à la résorcine de Vernes, celle du pouvoir agglutinant du sérum, celle de la déviation du complément et celle du pouvoir bactéricide du sérum.

Un chiffre isolé de sédimentation globulaire n'a, en général, qu'une valeur très relative. Cependant, un chiffre moyen ou faible au début d'un pneumothorax artificiel est d'un pronostic meilleur. Un chiffre de 60 entraîne un pronostic presque fatal, même si la vitesse de sédimentation s'abaisse ultérieurement.

Ce sont les courbes, et surtout leur comparaison, qui ont le plus de valeur. Les courbes de vitesse de sédimentation et de Vernes-Résorcine ont une signification analogue ; elles s'élèvent dans les périodes graves et s'abaissent avec la guérison. Mais leur pronostic est à courte vue, limité au moment présent.

Les courbes du pouvoir bactéricide et, surtout, du pouvoir agglutinant sont plus importantes. Leur élévation progressive est d'un excellent pronostic et à plus longue échéance; au contraire, leur faiblesse et, surtout, leur abaissement sont d'un pronostic fâcheux.

Les plus faciles à pratiquer et les plus démonstratives de ces épreuves sont la vitesse de sédimentation qui témoigne de l'intensité de l'affection et le pouvoir agglutinant du sérum, reflet de la défense de l'organisme.

Robert Clément.

**A.-A. Policard**. ***Acide ascorbique (vitamine C) et tuberculose*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 451, 20 Octobre 1938, p. 611-619). — Le rôle de l'alimentation a été jugé, de tout temps, important dans le traitement de la tuberculose.

On avait remarqué que le scorbut semblait favoriser le développement de la tuberculose. D'où l'idée de donner au tuberculeux un régime contenant en abondance des aliments frais. Le régime de Gerson a joui d'une certaine vogue.

Expérimentalement, le régime scorbutigène semble accélérer la mort des cobayes tuberculeux, bien que les lésions ne soient pas plus diffuses. Chez les animaux tuberculeux à qui on donne en abondance du jus d'orange et de citron, la vie est notablement prolongée.

La tuberculose pulmonaire, osseuse ou viscérale, s'accompagne d'un besoin augmenté en acide ascorbique. Il importe donc de donner aux tuberculeux une quantité d'aliments crus correspondant à environ 150 *mg*. d'acide ascorbique par jour. Des dosages urinaires permettent de constater la saturation de l'organisme.

On peut se demander si des troubles d'ordre subjectif, observés chez les tuberculeux, ne sont pas dus à une hypovitaminose.

L'injection intra-veineuse d'acide ascorbique peut avoir une certaine valeur dans les hémoptysies survenant chez des sujets à système vasculaire déficient, ainsi que dans la tuberculose intestinale.

Robert Clément.

**J. Voron**, **R. Noël** et **H. Pigeaud**. ***Huit observations de nouveau-nés paraissant avoir succombé du fait d'un traumatisme obstétrical et présentant des lésions de sclérose polyviscérale*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **19**, n° 452, 5 Novembre 1938, p. 623-628). — Chez 7 enfants morts au cours du travail et chez un né « étonné » et mort au bout de 48 heures, les constatations faites au cours de l'accouchement et l'examen macroscopique des pièces à l'autopsie permettaient de penser que la cause de la mort était le traumatisme obstétrical. 3 fois il y avait hémorragie intra-cranienne, 1 fois hémorragie méningée et 1 fois congestion marquée au niveau des hémisphères cérébraux, sans hémorragie véritable.

Les examens histologiques du foie, de la rate et du poumon de chacun de ces sujets ont montré des lésions de sclérose de ces organes, particulièrement marquée dans 3 cas.

Le fœtus, au cours de son développement *in utero*, est sensible à de nombreuses influences morbides. Entre autres causes, V., N et P. admettent que l'alcoolisme maternel a joué un rôle important dans le développement de ces lésions.

Ces lésions de sclérose viscérale, notamment hépatiques, rendent l'enfant plus fragile et le traumatisme obstétrical joue alors un rôle plus apparent que réel ou tout au moins son action est adjuvante et il ne provoque la mort que parce qu'il intervient sur un terrain favorisant.

Il est toujours intéressant, pour mettre en évidence la cause réelle de la mort chez un enfant ayant succombé au cours du travail ou peu après la naissance, de pratiquer un examen histologique des différents viscères.

ROBERT CLÉMENT.

### TOULOUSE MÉDICAL

**G. Massotte.** ***Des accidents graves des ponctions lombaires au cours des tumeurs cérébrales*** (*Toulouse Médical*, t. **39**, n° 21, 1er Novembre 1938, p. 601-627). — La ponction lombaire détermine toujours une chute de la pression intracranienne qui n'est compensée que lentement par la production du liquide. La présence d'une tumeur cérébrale est susceptible d'augmenter le déséquilibre de l'hydrodynamie cranienne réalisée par la ponction lombaire, surtout si la néoplasie est volumineuse, si elle crée des signes d'hypertension, si elle est située au voisinage du plancher bulbaire.

Les accidents graves de la ponction lombaire au cours des tumeurs cérébrales présentent une symptomatologie et une évolution semblables entraînant presque toujours la mort en quelques heures, quelle que soit la situation de la tumeur. Des accidents graves ont été observés non seulement dans les tumeurs de la fosse postérieure, mais aussi dans les néoplasies hémisphériques, calleuses.

La position couchée pour pratiquer la ponction lombaire ne met pas toujours à l'abri de ces accidents. La quantité de liquide prélevé a atteint quelquefois 50 $cm^3$, mais la moyenne est de 11 $cm^3$ 5.

Les accidents débutent tantôt à peine la ponction achevée, tantôt quelques heures après. Il y a d'abord céphalée, puis une phase d'excitation avec phénomènes convulsifs et enfin coma terminal. La mort est survenue entre 1/2 heure et 60 heures après.

La ponction lombaire est particulièrement contre-indiquée dans les tumeurs de la fosse postérieure, surtout chez l'enfant; elle est dangereuse dans les autres variétés de tumeurs cérébrales avec signes de stase papillaire.

La possibilité d'une syphilis gommeuse du cerveau ou de ses enveloppes, d'ailleurs improbable, n'autorise pas à faire courir le danger d'une ponction lombaire et d'un traitement anti-syphilitique prolongé à un porteur de tumeur cérébrale avec stase papillaire, obnubilation et surtout s'il y a des signes de localisation dans la fosse postérieure.

ROBERT CLÉMENT.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Berlin)

**Fritz Lasch.** ***Le taux de la vitamine A dans le sang en cas de maladie du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 32, 6 Août 1938, p. 1107-1111). — Les relations étroites qui existent entre le foie et la vitamine A ont fait l'objet de nombreuses recherches et il a été ainsi constaté que la vitamine A du foie est diminuée quand cet organe est malade. Ce phénomène peut être attribué soit à une résorption défectueuse, soit à une altération de l'organe lui-même. De plus, il a déjà été constaté, notamment par Wendt, que la vitamine A du sang est diminuée en cas d'affection du foie. L. a repris ces recherches en utilisant la méthode de M. van Eekelen. Pour arriver à des résultats précis, il faut avoir soin, dans cette méthode, de débarrasser l'éther utilisé des peroxydes qu'il contient et, en outre, de prendre non pas simplement 10, mais 30 et même 40 $cm^3$ de sang. Les recherches ont été ainsi poursuivies chez 12 malades atteints d'affections diverses dont un d'avitaminose par troubles intestinaux. Dans ces 11 cas, la vitamine A du sérum a varié en unités Levibond de 8,2 à 49 et en $\gamma$ de carotène par 100 $cm^3$ de 50 à 206. Dans le cas d'avitaminose, le nombre des unités Levibond est tombé à 4.

Dans 10 cas d'affection parenchymateuse du foie, la vitamine A a été constamment diminuée sauf 2 fois où il s'agissait de forme très légère (au-dessous de 12 unités Levibond et le plus souvent entre 3 et 8 unités). Chez ces malades, la teneur en carotène était également faible (10 à 65 $\gamma$). Chez 3 malades qui présentaient de l'ictère par rétention, on a constaté des chiffres normaux (14 à 21 unités Levibond et 60 à 100 $\gamma$).

En cas d'occlusion des voies biliaires, la résorption des graisses et par conséquent de la vitamine A se fait mal. Ces chiffres montrent que cependant la résorption du carotène ne dépend pas de celle des graisses. La diminution constatée en cas d'affection parenchymateuse doit donc être attribuée à une insuffisance de la synthèse de cette vitamine.

P.-E. MORHARDT.

**G. Jacoby.** ***Traitement du rachitisme par les préparations concentrées de vitamines $D_2$ et $D_3$*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 34, 20 Août 1938, p. 1173-1177). — Au cours de recherches antérieures, il avait été constaté que les préparations concentrées de $D_3$ ne se montraient pas supérieures aux préparations concentrées de $D_2$ en ce qui concerne les données fournies par les rayons Roentgen, pas plus qu'en ce qui concerne la rapidité avec laquelle le P et le Ca du sérum reprennent leur taux normal.

Au cours de nouvelles recherches, on a étudié plus particulièrement l'influence de 10 ou 15 *mg.* de $D_2$ ou de $D_3$. On a pu ainsi observer avec l'une et l'autre de ces préparations que 14 heures après l'administration du médicament et parfois même plus tôt encore, le Ca du sérum augmente déjà (4 fois sur 7 cas d'enfants spasmophiles ou 12 fois sur 23 d'enfants non spasmophiles).

Dans 2 cas seulement il a été nécessaire de refaire une nouvelle injection représentant 15 *mg.* de principe actif.

Sur l'ensemble des enfants présentant des convulsions et traités par ces préparations, il n'en est qu'un seul qui ait présenté encore des crises après administration du médicament. D'une façon générale, l'excitabilité mécanique anormale disparut dès le lendemain. Un garçon de 15 mois qui continua à présenter des convulsions à l'hôpital fut traité par une dose de 20 *mg.* de $D_2$ qui fit passer en 14 ou 15 heures le P du sérum de 5,2 à 5 et le Ca du sérum de 6,7 à 10,4. Néanmoins, les convulsions persistèrent et la mort survint remarquablement vite. A l'autopsie, on constata de la microgyrie unilatérale du cerveau. On ne saurait donc attribuer cet échec au médicament.

Néanmoins, dans un autre cas, le médicament paraît n'avoir pas agi chez un enfant qui a continué à présenter des convulsions jusqu'à la mort.

Sur l'ensemble des 46 enfants ainsi traités, il en est 7 à qui il fut administré une préparation de $D_2$ provenant d'un même lot de médicament. Tous ces enfants présentèrent une tendance inhabituelle à la guérison.

P.-E. MORHARDT.

**A. Viethen.** ***Recherches sur la possibilité de la transmission de la tuberculose par des enfants*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 34, 20 Août 1938, p. 1186-1188). — V. a eu l'occasion d'observer pendant longtemps, parfois même pendant 7 années, un total de 272 enfants tuberculeux, et de constater que des bacilles se retrouvent dans l'eau de lavage de l'estomac surtout dans les processus infiltrants importants et presque constamment dans la tuberculose hématogène. Le fait est rare, par contre, dans les affections du hile, dans les formes inactives et quand il y a simplement cutiréaction positive.

Etant donné que les affections du larynx sont particulièrement dangereuses pour l'entourage, V. a examiné au microscope ou par culture sur milieu de Petragnani le produit d'écouvillonnage du larynx. Sur 67 petits enfants ainsi examinés, il en est 23, soit un tiers, qui ont donné à plusieurs reprises des bacilles de la tuberculose. Il s'agissait d'enfants présentant des infiltrations périfocales importantes. Dans 42 cas, les résultats ont été négatifs; il y avait alors tuberculose des ganglions bronchiques, petites infiltrations du hile, etc. Les résultats ont été également négatifs chez 71 écoliers qui présentaient un foyer primitif inactif, de la tuberculose des ganglions bronchiques ou simplement une cutiréaction positive.

Les enfants qui présentent des bacilles dans le mucus laryngé doivent, d'après V., être considérés comme dangereux. Les autres ne peuvent guère transmettre la maladie et il n'est pas nécessaire de les isoler.

P.-E. MORHARDT.

**Alfred Marchionini.** ***L'excrétion de vitamine A avec l'urine au cours des dermatoses et de la syphilis*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 36, 3 Septembre 1938, p. 1250-1253). — Le taux de la vitamine A dans le sang et son excrétion avec l'urine après administration *per os* de 96.000 unités internationales de vitamine A ont été étudiés dans 75 cas de dermatoses diverses, dans 23 cas de tuberculose cutanée, dans 14 cas de lupus érythémateux et dans 14 cas de syphilis. Chez un certain nombre de ces malades, on a constaté que la vitamine A était éliminée avec l'urine parfois spontanément, mais le plus souvent après administration de vitamine. Ce phénomène s'observe surtout en cas de métastase carcinomateuse ou quand il y a lieu d'admettre l'intervention de toxine bactérienne, d'où il résulte une altération profonde de l'organisme tout entier. Il en est ainsi dans certains carcinomes cutanés, le mycosis fungoïdes, l'anthrax, la tuberculose, etc. C'est cependant surtout dans l'érythrodermie intéressant une vaste surface que ces phénomènes sont constatés, et notamment dans les dermatites, l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, etc. Le nombre des cas de syphilis aux diverses périodes dans lesquelles on constate cette excrétion de vitamine A avec l'urine est particulièrement élevé. Il ne semble pas y avoir de relation entre cette excrétion et la teneur du sérum en vitamine A. Il y a donc lieu d'admettre que quand ce phénomène est observé, il y a un trouble des échanges de vitamine A, trouble dont le siège doit être cherché dans le foie. Les épreuves fonctionnelles du foie ont en effet permis de constater que cette élimination de vitamine A s'observe souvent en cas de désordre du fonctionnement hépatique.

Une dermatite étendue, expérimentalement déterminée par irradiation aux rayons ultraviolets, n'a pas permis de faire apparaître la vitamine A dans l'urine, mais alors, les fonctions du foie sont restées normales.

P.-E. MORHARDT.

**W. Thiele.** ***Anémie pernicieuse et carcinome de l'estomac. Phases de gastrite chronique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 36, 3 Septembre 1938, p. 1253-1257). — La coïncidence d'anémie pernicieuse et de carcinome gastrique a fait, au cours de ces derniers temps, l'objet de nombreuses recherches et, en général, on n'a pas attribué de signification particulière à ce phénomène quant aux relations pathogéniques existant entre ces deux affections. Cependant, des coïncidences de ce genre ont déjà été notées en 1912 par Hirschfeld. Depuis lors, et surtout depuis 1930, les publications se sont multipliées. Dans la plupart de ces observations, l'anémie pernicieuse existait longtemps avant le cancer gastrique (cas de Hurst, Weil

et Bernard, Thiele, Gamna, etc.). Il est exceptionnel, par contre, que la tumeur survienne avant l'anémie.

D'un autre côté, au cours de ces dernières années, on a été de plus en plus amené à considérer l'achylie gastrique comme le facteur commun aux deux maladies. On a établi des relations entre l'achylie et la gastrite qui est caractérisée par des altérations profondes de la muqueuse allant parfois jusqu'à des proliférations atypiques et des formations polypeuses. Il ne faut d'ailleurs pas confondre l'absence d'acide chlorhydrique et l'achylie vraie qui suppose des lésions anatomiques et irréversibles des glandes gastriques. Une partie seulement des achylies se montre capable d'entraîner de l'anémie pernicieuse. Cela tient sans doute à ce que la gastrite chronique n'intéresse d'abord que certains parenchymes glandulaires puis, ultérieurement, les lieux de production du principe de Castle.

En somme, il semble bien établi que la gastrite chronique peut, d'une part, entraîner de l'anémie pernicieuse et, d'un autre côté, constitue la base sur laquelle apparaît un carcinome, la prolifération muqueuse constatée en pareil cas allant souvent jusqu'à la phase précancéreuse. On comprend ainsi les relations qui peuvent exister entre ces diverses affections et plus spécialement le fait que l'anémie pernicieuse apparaisse avant le carcinome.

T. fait remarquer, par ailleurs, que les anémies hyperchromiques ne sont pas rares dans les cas de cancer gastrique et que, pour sa part, il a eu l'occasion de trouver cette forme d'anémie 9 fois sur 100. En pareil cas, il y a tout lieu de penser que la gastrite a créé les conditions d'apparition de carcinome en même temps que celle de l'anémie pernicieuse.

P.-E. Morhardt.

**F. Jahnel.** ***Le pouvoir de résistance des spermatozoïdes humains à l'égard d'un froid prononcé*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 37, 10 Septembre 1938, p. 1273-1275). — En constatant que les spirochètes résistent à des températures de —196° et même de —271,5°, J. a pu observer que les spermatozoïdes contenus dans le tissu testiculaire du lapin, sur lequel ces expériences ont porté, paraissaient eux-aussi très bien supporter ces basses températures. Il a été ainsi amené à poursuivre des recherches sur du sperme humain qui, aussitôt après l'émission, a été soumis à la température de l'azote liquide (—196°). Après réchauffement pratiqué 4 heures ou 52 heures plus tard, on put constater que beaucoup de spermatozoïdes restaient immobiles mais que quelques uns d'entre eux récupéraient une mobilité identique à celle qui est observée dans le sperme frais. Il a été également possible de retrouver des spermatozoïdes mobiles après un séjour de 40 jours à la température de —79°. Par contre, les températures de —10° et de —20° détruisent ces formations aussi bien que les agents de la syphilis ou de la fièvre récurrente.

Ces expériences ne se sont pas arrêtées là. J. a également soumis du sperme à la température de l'hélium liquide (—279,5) pendant 3 heures. La plupart des spermatozoïdes soumis à ce traitement se sont montrés immobiles après réchauffement. Quelques uns d'entre eux cependant présentaient des mouvements vifs. On ne saurait dire d'ailleurs si les spermatozoïdes qui reprennent leurs mouvements sont capables de féconder.

P.-E. Morhardt.

**G. Gaehtgens.** ***Troubles endogènes de l'utilisation dans l'organisme comme cause d'hypovitaminose C*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 40, 1er Octobre 1938, p. 1389-1394). — Jusqu'ici, les hypovitaminoses étaient considérées comme presque exclusivement exogènes. Peu à peu, cependant, on est arrivé à admettre que des signes de carence peuvent apparaître même quand l'alimentation est normale. Cet état de chose peut être rattaché parfois à un trouble de la résorption. Il s'agit alors d'une avitaminose endogène. Il en est de même quand l'utilisation des vitamines est augmentée dans des proportions telles que l'alimentation normale ne peut plus satisfaire aux besoins. C'est le cas dans les maladies infectieuses, la maladie de Basedow, le carcinome et enfin la grossesse.

G. pense qu'une avitaminose peut apparaître dans d'autres circonstances encore et notamment quand l'utilisation de la vitamine est défectueuse. Le bilan a été fourni par une femme de 31 ans chez laquelle on fit le diagnostic de thrombopénie essentielle (16.000 plaquettes par $cm^3$). Une thérapeutique consistant à injecter tous les jours, par voie intra-veineuse, 300 *mg.* d'acide ascorbique, resta sans résultats et on n'observa pas de néoformation des plaquettes.

Avant ce traitement, on avait constaté que l'urine de cette femme contenait très peu d'acide ascorbique (0,6 *g.* pour 100 *g.*). Pendant les 5 premiers jours du traitement, le taux varia de 100 à 155 *g.* par 12 heures puis monta progressivement à 200 et 260 pour revenir, après cessation du traitement, à 1,2 *g.* pour 100 *g.* Cette courbe présente un caractère particulier : on ne constate pas d'ascension en échelons et dès le premier jour elle atteint la moitié de la dose administrée. Un organisme certainement très pauvre en vitamine C a donc pu éliminer quotidiennement la moitié de la dose administrée, c'est-à-dire se comporter exactement comme s'il était saturé de vitamine C.

Au cours de nombreuses recherches, G. n'a jamais constaté que l'excrétion atteigne dès le premier jour de l'épreuve des chiffres aussi élevés. On doit donc considérer que la vitamine restée dans l'organisme a été soumise à une consommation oxydative, c'est-à-dire a donné lieu à une « action spécifique dynamique » au sens de Wachholder. Dans le système des ferments intracellulaires l'acide ascorbique joue un rôle important. En présence d'oxygène, ce corps est capable de transformer l'histidine en histamine. On sait d'ailleurs qu'il se forme des groupements fonctionnels, des holoferments, dans lesquels la vitamine C figure. Quand l'acide ascorbique manque, il n'existerait dans l'organisme que des apoferments que l'administration d'acide ascorbique transformerait en holoferments, c'est-à-dire, en une chaîne fermentative complète. L'absence d'un chaînon pourrait rendre l'assimilation défectueuse et empêcher l'utilisation de la vitamine C. La thrombopénie essentielle devrait, dans ces conditions, être interprétée comme un trouble fermentatif avec carence de vitamine C.

P.-E. Morhardt.

**J. Neuteboom.** ***Contribution à la maladie glycogénique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 41, 8 Octobre 1938, p. 1437-1441). — La maladie glycogénique de von Gierke et de Van Creveld a fait l'objet de nombreuses publications parmi lesquelles il en est qui concernent des états parfois disparates, de sorte que les recherches doivent continuer. C'est ce que N. a fait pour un garçon né en 1920. En 1933 il eut à se plaindre d'une sensation de tuméfaction dans la partie supérieure du ventre et on constata effectivement qu'à ce moment il présentait un dépôt de graisse assez abondant au niveau de l'abdomen où il semblait y avoir une tumeur lisse non douloureuse. Le bord du foie dépassait de 4 centimètres le rebord costal. L'hypothèse d'une tumeur paraissant assez vraisemblable, on procéda à une laparotomie exploratrice et on en profita pour faire une biopsie du foie, ce qui permit de faire le diagnostic de « foie glycogénique ». Un régime riche en hydrates de carbone, comme celui qui est prescrit par Van Creveld, fit augmenter le foie, sans faire apparaître de sucre ni de corps cétoniques. La glycémie à jeun ou après administration de glucose ou d'adrénaline se comportait normalement. En 1934, on prescrivit un régime pauvre en hydrates de carbone et riche en graisse qui fit diminuer le foie et rendit l'enfant plus vif, sans faire apparaître d'acétone dans l'urine.

Les épreuves de diurèse qui furent pratiquées à ce moment montrèrent qu'en 2 heures il n'était pas éliminé la moitié du volume du liquide ingéré.

Ultérieurement on constata que la réaction glycémique à l'adrénaline s'était inversée et qu'il était apparu des symptômes humoraux et cliniques de tétanie. Comme l'enfant avait été soumis pendant longtemps à un régime riche en graisse et en hydrates de carbone, on doit admettre que les pertes de calcium et de phosphore avaient été élevées et que le régime était responsable de ce syndrome. De plus, tandis que sous l'influence de ce régime le malade ne présentait pas d'acétone dans l'urine, par contre, dans les mêmes conditions, sa plus jeune sœur en présentait beaucoup. Enfin, il y avait créatinurie, ce qui fait penser à un trouble fonctionnel primitif des glandes thyroïdes et parathyroïdes.

De toutes ces constatations il résulte que ce malade est très différent de celui qui a été observé par Van Creveld et que, chez lui, il y avait à la fois des troubles pancréatiques, parathyroïdiens et thyroïdiens.

Des expériences poursuivies chez le lapin ont permis de faire apparaître, en provoquant des troubles de l'innervation par lésions traumatiques des vertèbres D 1 et D 2 ou D 5 et D 6, des phénomènes d'hépatomégalie glycogénique. De même, l'excitation électrique des nerfs splanchniques a permis de faire apparaître un hyperinsulinisme réactif, ce qui permet de comprendre que, dans le cas de Mauriac, la maladie glycogénique ait apparu au cours d'un diabète. Dans d'autres cas, au contraire, il est survenu des états hypoglycémiques, c'est-à-dire un tableau clinique très analogue à celui du syndrome de Van Creveld.

P.-E. Morhardt.

**M. Dressler.** ***Un cas de splénomégalie diagnostiqué maladie de Boeck par ponction sternale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 42, 15 Octobre 1938, p. 1467-1471). — La maladie de Bœck a fait depuis quelque temps l'objet de recherches intéressantes à la policlinique de Zurich où, au cours des 18 derniers mois, on a pu en réunir 30 cas qui n'avaient déterminé que des lésions pulmonaires ou hilaires. Dans un cas de splénomégalie difficile à diagnostiquer, il s'agit d'un homme né en 1912, qui entra à la clinique à 19 ans. Il a subi une radioscopie à son entrée à l'école de recrues, ce qui a permis de constater que les hiles sont élargis et présentent des irradiations ; en même temps, le dessin des champs pulmonaires est remarquablement renforcé soit sous forme de cordons, soit sous forme de taches. On procéda alors à un examen plus détaillé et on constata l'existence d'une splénomégalie qui fit songer à une lymphogranulomatose. En dehors de l'accentuation des dessins pulmonaires et de l'augmentation du hile, on ne nota d'ailleurs que quelques ganglions insensibles à la palpation de la pigmentation de la peau et des nævus abondants. La réaction de Pirquet était négative et celle de Mantoux était faiblement positive à la dose de 1 mg. Les examens permirent d'exclure toute maladie infectieuse capable de déterminer une splénomégalie. Il ne semblait pas, par ailleurs, qu'on pût admettre l'existence d'une tuberculose isolée de la rate. Une maladie de Gaucher, par contre, était difficile à exclure à cause de la présence de pinguéculas symétriques et bilatérales

sans que cependant ni la lymphogranulomatose, ni la thrombose des veines spléniques puissent être éliminées. De nombreux examens eurent lieu les années suivantes et enfin, en 1935, on constata d'abord l'absolue bénignité de l'affection, ce qui permettait de douter fortement d'une maladie de Gaucher. A ce moment, la rate conservait toujours ses grandes dimensions (24 × 11 *cm.*). En outre, la réaction de Takata était positive. Le malade se refusa à se laisser pratiquer une ponction de la rate mais accepta une ponction sternale. Un frottis montra les signes d'une inhibition médullaire, plus spécialement des systèmes myélopoïétique et érythropoïétique. De plus, l'examen histologique montra des éléments myéloïdes et de nombreuses cellules géantes de la moelle osseuse. On trouva deux nodules ovalaires nettement circonscrits, entourés de cellules épithélioïdes et constitués par quelques cellules géantes. Ces constatations permirent de confirmer le diagnostic de maladie de Bœck auquel on était progressivement arrivé grâce aux recherches faites en même temps sur la localisation pulmonaire de cette maladie. On remarqua d'ailleurs que l'hémogramme présentait des particularités assez caractéristiques (leucopénie, éosinophilie sans parasites dans les selles, monocytose, etc.).

Des cas analogues ont été publiés : un de Secrétan (1917), un de Gebsattel (1920) et un d'Askanazy (1921), qui semblent avoir beaucoup de caractères communs avec celui de D. Il paraît d'ailleurs très vraisemblable que certains cas de splénomégalie tuberculeuse ou même de syndrome de Banti soient en réalité comme celui-ci des manifestations d'une « hyperplasie tuberculeuse à grandes cellules » de la rate.

P.-E. Morhardt.

### ENDOKRINOLOGIE
### (Leipzig)

**W. Berblinger.** ***Diabète insipide au cours d'atrophie inflammatoire et fibreuse de la neuro-hypophyse consécutive à un traumatisme*** (*Endokrinologie*, t. 20, nos 5-6, Septembre 1938, p. 305-325). — Malgré de nombreuses expériences sur l'animal et de nombreuses autopsies, les opinions sur la localisation des lésions cérébrales dans le diabète insipide sont très contradictoires. En particulier, on ne sait pas si c'est le diencéphale ou l'hypophyse qui sont déterminants à ce point de vue. Un cas de B. étudié très en détails concerne un homme né en 1897 qui a reçu un coup, en 1929, dans la région de l'œil droit. A la suite de ce traumatisme, il survint une suppuration qui s'étendit au sinus frontal. Un second traumatisme, survenu en 1936, intéressa la région du front et du nez. Il apparut de ce fait du vertige, de la céphalée avec gêne de la respiration nasale et probablement une ostéomyélite du sphénoïde. Finalement il apparut du diabète insipide avec urine de la densité de 1002 à 1006, d'un volume variant de 5500 à 9000 $cm^3$. Aux rayons Roentgen, on fit des constatations quelque peu variables et, en dernier lieu, celle d'un élargissement de la selle turcique qui était mal limitée. Les traitements, notamment l'administration de lobe postérieur d'hypophyse, n'améliorèrent pas beaucoup l'état du malade qui finalement mourut. A l'autopsie on constata l'existence d'un carcinome gastrique étendu avec métastase.

La dure-mère est très épaissie autour, au-dessous et en arrière de l'hypophyse et la selle turcique est normale bien que l'apophyse clinoïde postérieure soit atrophiée. L'hypophyse et le diencéphale ont fait l'objet d'un examen très approfondi. On a ainsi constaté une fibrose inflammatoire importante de la « *pars nervosa* » de l'hypophyse. Dans le lobe postérieur de l'hypophyse lui-même les éléments nerveux ont disparu. Par contre, le lobe antérieur et la partie tubérale ne sont pas anatomiquement modifiés, pas plus que le pédoncule et que les centres nerveux du diencéphale. Par ailleurs, on constate dans le sinus frontal et le sinus sphénoïdal de la rougeur de la muqueuse avec production de pus et de mucus. On confirme l'existence d'ostéomyélite du sphénoïde qui a dû survenir à la suite du second traumatisme, agissant sur une région, siège d'inflammation depuis le premier accident. Comme l'épaississement de la capsule de l'hypophyse intéressait surtout les régions postérieures et inférieures, on s'explique bien la marche des phénomènes. Cette atteinte du squelette explique également le fait que les données de la radiographie aient varié suivant les époques, c'est-à-dire suivant l'état de décalcification ou de recalcification de la région. Quoi qu'il en soit, les résultats de cet examen clinique et anatomique constituent, d'après B., une preuve du rôle du lobe postérieur de l'hypophyse dans la pathogénèse du diabète insipide.

Pour vérifier ses conclusions, B. a procédé à des coupes en série de l'hypophyse et du diencéphale de 26 sujets qui ne présentaient pas de diabète insipide et il a pu ainsi constater que, chez son malade, seules les lésions du lobe postérieur constituaient vraiment une anomalie.

P. E. Morhardt.

**A. Sturm, W. Schmidt** et **J. Beck.** ***L'action de l'hormone thyrotrope de l'hypophyse peut-elle être freinée par l'action hormonale, vitaminique ou pharmacologique?*** (*Endokrinologie*, t. 21, n° 1, Novembre 1938, p. 1-9). — On soupçonne depuis longtemps l'existence dans l'organisme de principes actifs antagonistes de l'hormone du métabolisme fabriquée par la thyroïde. Certains travaux paraissent avoir établi que dans ces phénomènes de contre-régulation, l'hypophyse ainsi que l'iode inorganique jouent un rôle important. Pour préciser ces questions, S. et ses collaborateurs ont poursuivi des recherches sur des cobayes et, tout d'abord, procédé à l'étude des transformations histologiques provoquées dans la thyroïde par l'administration de dose déterminée d'hormone thyrotrope. Ils ont ensuite comparé les observations ainsi faites avec les modifications présentées par des animaux traités simultanément par l'hormone thyrotrope et par un second corps présumé antagoniste de la thyroxine. On a constaté ainsi que le lobe postérieur de l'hypophyse en totalité, de même que chacune de ses hormones, ne modifie en rien les effets de l'hormone thyrotrope. Il en a été de même avec l'insuline et avec les extraits de thymus et d'épiphyse. Par contre, l'extrait d'écorce des surrénales a, dans 10 cas sur 12, fortement freiné cette action sans d'ailleurs la supprimer complètement.

La question de l'antagonisme de certaines vitamines et de la thyroïde a fait également l'objet de recherches nombreuses que S. et ses collaborateurs ont reprises dans les mêmes conditions expérimentales que pour les hormones. Il a été ainsi constaté que, dans 10 cas sur 12, la transformation de la thyroïde sous l'influence de l'hormone thyrotrope est prévenue par la vitamine C. On sait d'ailleurs que l'iode du sang diminuerait sous l'influence de cette vitamine et il n'est pas invraisemblable que les effets obtenus par la corticosurrénale soient, pour une part tout au moins, dus à l'action de la vitamine qui existe dans cet organe à un taux élevé. Quant aux autres vitamines (A, $B_1$, $B_2$, D), elles n'ont pas eu d'action.

Parmi les drogues médicamenteuses, l'iode, souvent utilisé en cas de Basedow, s'est montré nettement capable d'empêcher la transformation caractéristique de la thyroïde. Par contre, la quinine, qui est également utilisée en pareil cas, n'a aucun effet.

P.-E. Morhardt.

### ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE
### (Leipzig)

**C. Clauberg** et **Ziya Uestuen** (Kœnigsberg i. Pr.). ***Menstruation obtenue par voie buccale. Preuves de l'efficacité du Progynon C, nouveau dérivé de l'hormone folliculaire et du Proluton C, nouvelle préparation de l'hormone lutéinique administrés par la bouche*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. 62, n° 32, 6 Août 1938, p. 1745-1761.) — L'article de C. et U. est écrit pour préconiser deux produits, l'un dérivé de l'hormone folliculaire, le Progynon C, et l'autre, dérivé de l'hormone lutéinique, le Proluton C., qui, employés par voie buccale permettent d'obtenir des résultats intéressants.

Le Progynon C. provoquerait un accroissement de l'utérus, des phases de prolifération de la muqueuse utérine et des indices de croissance des trompes.

L'administration du Proluton C après prise de Progynon C par la bouche permit d'obtenir des phases de transformation sécrétoire de la muqueuse utérine et de veritables menstruations. Dans les cas d'hyperplasie proliférante glandulaire kystique de la muqueuse utérine, on obtient des modifications qui aboutissent à la phase de sécrétion avec réaction déciduale.

Si l'on compare les doses ingérées à celles qui sont injectées, il faut donner par la bouche des doses 2 ou 3 fois plus fortes pour le Progynon et 6 fois plus fortes pour le Proluton.

Desmarest.

**Kurt Ulrich** (Stettin). ***Grossesse et dystrophie musculaire progressive*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. 62, n° 35, 27 Août 1938, p. 1928-1931). Les deux cas de dystrophie musculaire que rapporte U. sont fort intéressants cliniquement. Il semble qu'il y ait dans les deux cas une certaine concordance dans les groupes musculaires atteints qui ne présentent aucune dégénérescence des fibres mais une forte diminution quantitative de l'excitabilité galvanique et faradique.

Dans le premier cas, l'affection débuta en 1927 par des douleurs sciatiques gauches. Un an plus tard apparut une légère paralysie de la moitié gauche du corps qui ne régressa que lentement. Cette femme, qui avait eu trois enfants, fut enceinte en 1932 et à cette occasion les troubles parétiques s'accentuèrent. Nouvelle grossesse en 1934, nouvelle aggravation avec perte des forces et enraidissements des articulations.

La rupture spontanée de la poche des eaux n'entraîna aucune contraction, il en fut de même dans le second cas. Alors que dans le premier cas U. parvint à l'aide de préparations d'hypophyse à obtenir l'expulsion naturelle d'un enfant bien vivant, il dut chez la seconde recourir à la cesarienne et ne traversa dans la paroi aucun tissu musculaire.

S'agit-il, dans ces cas, d'un trouble dans le système sympathique ou parasympathique ? La question reste posée.

Les deux femmes revues après leur accouchement ne présentaient aucun changement dans leur état neurologique. Il y avait aggravation clinique dans le second cas.

Desmarest.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL
### (Londres)

**John Morley** et **F. H. Bentley.** ***Les résultats tardifs de la gastrectomie partielle pour ulcère peptique*** (*British medical journal*, n° 4055, 24 Septembre 1938, p. 645-649). — Neuf malades ayant subi une gastrectomie type Polya et 58 ayant subi une gastrectomie type Shœmaker ont été revus plus de 4 ans après l'opération.


ENTRE L'ÂGE DE LAIT
ET L'ÂGE OMNIVORE
c'est
la
Blédine
qui
fait
"la soudure"

Dans les 9 premiers cas, la sécrétion gastrique était diminuée. Chez les 58 malades du second groupe, 13 seulement avaient une sécrétion gastrique normale.

Différentes hypothèses ont été faites pour expliquer cette diminution du suc gastrique dans les gastrectomies partielles : relations hormonales ou nerveuses entre les glandes du fond et le pylore, régurgitation de bile libre dans l'estomac et neutralisation de l'acidité gastrique.

Comme corollaire de l'absence de suc gastrique, il faut citer avant tout l'anémie, qui est plus fréquente après l'opération de Polya qu'après celle de Shœmaker, et la récidive de l'ulcère.

André Plichet.

**D. Embleton.** ***Les courbes de tolérance pour le glucose dans 500 cas d'obésité*** (*British medical journal*, n° 4057, 8 Octobre 1938, p. 739-740). — E. passe en revue 500 observations d'obésité (242 hommes et 248 femmes) qu'il a recueillies pendant ces 15 dernières années. Ces malades ne présentaient d'autres troubles endocriniens que le diabète. Une petite proportion de malades étaient venus consulter pour de la glycosurie.

La tolérance pour le glucose est différente suivant le sexe. 70 pour 100 des obèses hommes ont une tolérance élevée pour le glucose alors que ce pourcentage, chez les femmes, ne s'élève qu'à 35 pour 100.

Cette différence entre les deux sexes est plus marquée avec l'âge. C'est ainsi qu'à l'âge de 35 ans, les courbes élevées de tolérance pour le sucre se montrent chez 27 pour 100 des hommes, chez 23 pour 100 des femmes. Au-dessus de cet âge, 80 pour 100 d'hommes ont une tolérance plus grande, le pourcentage est moins élevé chez la femme.

L'augmentation de tolérance n'est pas proportionnelle au poids du sujet.

André Plichet.

**J. W. Tudor Thomas.** ***La transplantation cornéenne. Résultats d'une série de 56 opérations sur 48 yeux*** (*British medical journal*, n° 4057, 8 Octobre 1938, p. 740-743). — Sur les 56 opérations, il y eut 62,5 pour 100 de succès.

Sur 9 cas de kératite interstitielle, qui est considérée comme une indication peu favorable de la transplantation cornéenne, il y eut 5 cas où les greffes restèrent transparentes.

Dans les cas favorables, il y eut 92 pour 100 de succès.

En jugeant avec un peu de recul, sur 30 cas opérés avant 1936, on compte 23 cas de succès, un cas amélioré et 6 cas sans amélioration. Sur ces 6 malades, 3 étaient des cas non favorables.

Avec les modifications actuelles de la technique, on ne compte plus que 20 pour 100 d'insuccès.

André Plichet.

**C. H. Jennings** et **Glazebrook.** ***Comparaison entre les symptômes cliniques et les examens de sang chez les scorbutiques adultes*** (*British medical journal*, n° 4058, 15 Octobre 1938, p. 784-789). — Le scorbut ne se présente plus de nos jours avec les symptômes classiques. Il faut savoir le déceler sous des aspects différents et, en cela, on est aidé par plusieurs recherches de laboratoire.

J. et G. rapportent 2 cas de scorbut qui furent de diagnostic difficile. L'un se présentait comme une anémie mégalocytique avec polychromatophilie, anisocytose, leucopénie, réticulocytose, langue lisse, atrophie de la muqueuse gastrique et hyperplasie de la moelle osseuse. Les symptômes pouvant faire soupçonner le scorbut, outre le régime spécial auquel s'était soumis le malade, étaient des hématomes ayant apparu spontanément au niveau de la jambe, de la cuisse droite et dans l'articulation du genou droit.

L'autre cas se présentait comme une anémie de type orthochromique et normocytique, mais des lésions des gencives faisaient faire le diagnostic à première vue.

La recherche de la vitamine C dans les selles ou dans les tissus par la méthode de décoloration du 2.6-dichlorphénolindophénol a montré que la teneur en vitamine devenait normale plus de 10 jours après l'institution du traitement qui consistait en l'administration, par la bouche, de 600 mg. d'acide ascorbique par jour.

Le signe du lacet devint de moins en moins positif à mesure que la teneur des tissus en vitamine C devenait normale.

Dans les 2 cas, l'anémie qui avait résisté à la thérapeutique hépatique et martiale fut guérie par la vitamine C, mais dans le premier cas, elle résista plus longtemps, sans doute parce que la vitamine C était moins bien assimilée, en raison de l'atrophie de la muqueuse gastrique et du manque de suc gastrique. Dans ce cas, la carence en vitamine C datait de plusieurs années et les phénomènes scorbutiques survinrent tardivement.

André Plichet.

## *SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BUENOS-AYRES*
## *(Buenos-Ayres)*

**P. O. Bolo, R. Jakob** et **W. E. Busch.** ***Cancer supra-vatérien du duodénum. Pyloro-duodénectomie. Guérison après intervention*** (*Sociedad de Cirugia de Buenos-Ayres*, t. **22**, n° 22, 28 Septembre, p. 722-732). — Un malade de 46 ans, sans antécédents notables, vient consulter pour des douleurs vagues au creux épigastrique, dont le début remonte à 16 mois environ.

Nausées fréquentes, et quelques éructations. Apaisées par un régime, ces douleurs s'aggravent brusquement depuis 1 ou 2 mois, et se compliquent de vomissements alimentaires, 3 heures après les repas. A tel point que le malade ne peut ingérer ces derniers temps que des liquides. Etat général mauvais. L'examen clinique montre à l'épigastre les contractions péristaltiques de Küssmaul. Aucune masse perceptible à la palpation. Les radiographies ne montrent rien de saillant. L'intervention est faite le 27 Juillet 1938; anesthésie rachidienne, splanchnique et péritonéale. La deuxième portion du duodénum est le siège d'une tumeur dure, du volume d'un marron, irrégulière et adhérant au pancréas. Pas de métastase. Le péritoine alentour est blanchâtre, et d'aspect cicatriciel. Libération de la tumeur qui permet de vérifier le siège de l'embouchure cholédocienne qui se trouve à 4 cm. sous cette tumeur. Résection duodénale au-dessus du cholédoque. On extirpe la partie supérieure du duodénum et du pylore. Occlusion de l'extrémité inférieure gastrique. On termine par une gastroentérostomie postérieure transmésocolique. Drainage par mèche et drain. 8 jours après on enlève les drains. Cicatrisation rapide.

L'examen histologique fait porter le diagnostic d'adéno-carcinome.

Les A. A. présentent cette observation par suite de la rareté de ces cas, dont la symptomatologie rappelle en tous points celle de la sténose, ce qui rend le diagnostic difficile. Les A. A. terminent en rappelant les différentes techniques employées jusqu'à ce jour lors des interventions pour tumeurs vatériennes.

Robert Coronel.

## *SEMANA MEDICA-ESPANOLA*
## *(Saint-Sébastien)*

**Ed. de Grégorio.** ***La syphilis peut-elle réactiver une lymphogranulomatose inguinale subaiguë latente?*** (*Semana Medica Espanola*, an. **1**, n° 4, 24 Septembre 1938, p. 113-114). — On a souvent observé chez des porteurs d'adénopathies inguinales lymphogranulomateuses, guéris, des fluctuations de ces adénopathies, longtemps après, sans causes appréciables. E. G. a observé deux cas de porteurs d'anciennes adénopathies lymphogranulomateuses, et qui, à l'occasion d'une syphilis avérée et constatée cliniquement et bactériologiquement, présentaient à l'endroit des cicatrices anciennes une adénopathie inguinale manifeste. Un traitement anti-spécifique fait régresser ces adénopathies.

En conclusion, E. G. admet la réactivation de la lymphogranulomatose inguinale ganglionnaire latente.

Robert Coronel.

## *ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY*
## *(Chicago)*

**A. T. Milhorat** et **H. C. Wolff.** ***Etudes sur les maladies du muscle. Métabolisme de la créatine et de la créatinine dans les lésions musculaires consécutives à une maladie du système nerveux*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **40**, n° 4, Octobre 1938, p. 663-680). — Levene et Kristeller ont constaté les premiers que chez les sujets présentant des lésions musculaires le taux de la créatinine est abaissé dans les urines. Toutefois on ignore encore si le métabolisme de la créatine et de la créatinine se comporte identiquement dans les lésions musculaires d'origine nerveuse et dans les dystrophies musculaires progressives.

Dans les premières, l'abaissement du taux de créatine dans les urines semble directement en rapport avec le degré de l'atrophie musculaire. Chez ceux-ci, le taux de créatine éliminée est plus petit que chez les sujets atteints de dystrophie musculaire progressive ayant une amyotrophie de même intensité, et chez les premiers le degré de tolérance à la créatinine est moindre souvent; à cause de l'importance des muscles envahis, le degré d'impotence peut sembler considérable, bien que la masse musculaire du corps entier reste encore considérable.

Quand l'envahissement musculaire est progressif, l'administration d'acide amino-acétique reste sans effet sur l'élimination de la créatine ou sa tolérance dans l'organisme. Dans les amyotrophies par lésion nerveuse très étendue, on peut observer des modifications dans le métabolisme de la créatine et de la créatinine comparables à celles des dystrophies musculaires progressives. Il est donc permis de se demander si le comportement apparemment différent dans les amyotrophies nerveuses et les dystrophies musculaires du métabolisme de ces substances n'est pas dû au fait que, avec une amyotrophie de même ordre, les lésions musculaires sont sans doute plus étendues dans les dystrophies.

H. Schaeffer.

**A. T. Milhorat** et **H. C. Wolff.** ***Etudes sur les maladies des muscles*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **40**, n° 4, Octobre 1938, p. 680-699). — Le métabolisme de la créatine et de la créatinine au cours de la dystrophie musculaire progressive, de la myasthénie et des amyotrophies consécutives à des lésions du système nerveux a été étudié dans des travaux antérieurs. Le présent mémoire a trait à l'étude de ces mêmes troubles métaboliques dans la myotonie congénitale, la myotonie atrophique et la dystonie musculaire déformante.

Dans la myotonie congénitale le métabolisme de la créatine et de la créatinine est normal. Ces sujets n'éliminent spontanément que peu ou pas de créatine. Ils sont aptes à conserver des doses importantes de créatine ingérées. L'ingestion d'acide aminoacétique est sans effet sur l'excré-






Tophol

tion de la créatine ou sa tolérance dans l'organisme.

Chez les sujets atteints de dystonie musculaire déformante et de paralysie agitante le métabolisme de la créatine et de la créatinine est de même sensiblement normal. Les mouvements anormaux, qui sont un des symptômes de ces affections, de même que l'hypertonie musculaire, ne modifient pas le métabolisme de ces corps.

Chez les sujets atteints de myotonie atrophique le métabolisme de la créatine et de la créatinine est diminué, proportionnellement semble-t-il à la réduction des masses musculaires. Les patients présentant une impotence fonctionnelle légère ou modérée présentent une créatinurie spontanée, bien que, à impotence fonctionnelle égale, le taux de créatine excrété chez ces malades soit très inférieur à celui qui s'observe chez les sujets atteints de dystrophie musculaire progressive. Dans la myotonie atrophique de gravité moyenne le métabolisme de la créatine n'est que modérément atteint, et n'est pas affecté par l'ingestion d'acide aminoacétique. Mais dans les formes graves où la majorité des muscles est intéressée, la tolérance à la créatine est sérieusement atteinte, l'ingestion d'acide aminoacétique augmente l'excrétion de créatine, et une diminution ultérieure dans l'aptitude à conserver la créatine ingérée. En résumé, le trouble du métabolisme de la créatine et de la créatinine chez ces sujets se rapproche davantage de celui des malades présentant des amyotrophies d'origine nerveuse, que de celui des sujets atteints de dystrophie musculaire progressive.

Dans l'amyotonie congénitale le taux de créatine excrété est considérable. Toutefois la tolérance à la créatine est basse. L'ingestion d'acide aminoacétique augmente l'excrétion de la créatine, et diminue ultérieurement la tolérance à la créatine. L'excrétion de créatine est très diminuée.

H. Schaeffer.

### ORVOSI HETILAP
#### (Budapest)

**Gy. Kleiner** et **F. Rényi-Vamos.** ***Le changement du nombre des hématies au cours de l'hyperthyréose*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 15, 9 avril 1938, p. 342-343). — L'hyperfonctionnement des glandes thyroïdes de la moelle osseuse a une certaine influence sur l'hématopoïèse. La preuve de cette influence se trouve dans la réticulocytose, dans la microcytose hypochrome et quelquefois dans l'augmentation du nombre des globules rouges. Il faut encore connaître le comportement du nombre des hématies, au cours de l'évolution de l'hyperthyroïdie, plus exactement au cours de l'amélioration et de la guérison, ou dans l'aggravation de cette maladie. En analysant le tels cas, K. et R.-V. concluent que :

1° Si le nombre des hématies est augmenté et si la maladie s'améliore, le taux des globules rouges devient normal, mais si l'hyperthyroïdie s'aggrave, la valeur des hématies baisse et une anémie se développe;

2° Si le nombre des globules rouges est bas, et l'hyperthyroïdie s'est améliorée, ce chiffre augmente jusqu'à la valeur normale;

3° Si l'hématogramme est normal, ou si une légère anémie se manifeste et si l'état du malade s'aggrave, le nombre des hématies baisse toujours;

4° L'anémie due à l'hyperthyroïdie est facilement influençable par des préparations ferrugineuses.

A. Blazso.

**P. Charmant.** ***La valeur de la réaction de fixation des compléments gonococciques dans les rhumatismes*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 30, 23 Juillet 1938, p. 727-730). — Les infections gonococciques jouent un rôle important dans les maladies rhumatismales chroniques. Aussi, C. a-t-il essayé d'établir, sur 735 rhumatisants chroniques, la valeur de la réaction de fixation des compléments gonococciques, conseillée par Müller et Oppenheim.

C. a trouvé : 1° que la spécificité de la réaction de Müller et Oppenheim, dans les maladies rhumatismales chroniques, semble être assez exacte. La proportion du pourcentage des erreurs est minime et, dans la plupart des cas, la cause des erreurs est réductible à certaines causes cliniques ou sérologiques.

2° Mais la réaction n'est pas assez sensible. Il estime ainsi que le nombre des cas de blennorragie, où la réaction reste négative, est plus fréquent qu'on ne l'a supposé.

3° Après l'administration intramusculaire d'un vaccin spécifique, la réaction de Müller et Oppenheim devient positive, plus souvent chez les sujets déjà atteints une fois d'une affection gonococcique que chez les autres rhumatisants.

A. Blazso.

**I. Ederer** et **I. Zarday.** ***La sensibilité du cœur des enfants vis-à-vis des maladies infectieuses*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 34, 20 Août 1938, p. 822-825). — Dans les dernières années les observations des différents auteurs laissent supposer, que non seulement les maladies infectieuses comme la diphtérie, la scarlatine et le typhus, mais aussi d'autres infections légères comme l'amygdalite et les grippes banales, peuvent être nuisibles au muscle cardiaque. E et Z. ont donc analysé l'électrocardiogramme d'un grand nombre d'enfants, qui ont survécu à une maladie infectieuse quelconque, afin de pouvoir faire valoir les troubles du myocarde et en établir les signes importants. Ils ont trouvé que le cœur des enfants est aussi sensible aux maladies infectieuses graves qu'aux infections atténuées. Le pronostic de ces myocardites des enfants est bon.

Du moment que l'on constate assez souvent des altérations sérieuses du myocarde sans aucun signe clinique, ils conseillent de faire faire l'électrocardiogramme après toutes les maladies infectieuses et cela à plusieurs reprises, jusqu'à la disparition complète du trouble existant.

L'altération du myocarde se manifeste, le plus souvent, dans la partie T-S de l'électrocardiogramme.

Au point de vue du traitement ils conseillent : 1° l'alternance des périodes d'activité et de repos des malades; 2° la suppression des sports; 3° le contrôle périodique de l'état du myocarde par électrocardiogramme. La guérison du cœur ne peut être reconnue qu'après plusieurs analyses électrocardiographiques négatives et celles observées déjà au cours d'une vie normale.

A. Blazso.

**A. Laszlo.** ***L'extirpation totale de la glande thyroïde dans les maladies cardiaques graves*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 39, 24 Septembre 1938, p 950-952). — Dans ce travail L. analyse 8 cas d'insuffisance cardiaque grave, pour lesquels il a pratiqué le traitement de l'extirpation totale de la glande thyroïde. Selon sa statistique, sur 5 malades, 3 ont été améliorés et 2 ont succombé. Chez 3 malades, atteints d'une endartérite oblitérante, L. a constaté une amélioration; chez un autre malade l'extirpation a été sans influence; le troisième a succombé.

L. conclut qu'avec ce mode de traitement, dans l'insuffisance cardiaque, il est possible d'arriver à une amélioration très marquée et estime que dans les cas, résistant à toute autre médication, on peut essayer de l'appliquer.

A. Blazso.

### RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA DELLA TUBERCULOSI
#### (Bologne)

**Prof. A. Gasbarrini** (Padoue). ***Action de liquides injectés dans le parenchyme pulmonaire. Possibilité d'application chez l'homme, à fin thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire*** (*Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosi*, n° 9, 1938). — Forlanini avait déjà pensé à injecter divers liquides dans le parenchyme de poumons malades, mais toujours dans le but de laver ou désinfecter les cavernes tuberculaires avec des solutions antiseptiques (iodées, phéniquées, au permanganate, etc.).

Ces indications sont bien différentes de celles qui ont servi de conduite à G. dans ses expériences. Les recherches ont été faites tout d'abord sur des animaux (lapins); une série d'épreuves avec diverses solutions (sels de cuivre, d'or, de calcium, etc.) avait fait reconnaître comme la meilleure une solution de glycérine et de salicylate de soude à 30 pour 100 à laquelle, au moment de s'en servir, on ajoutait du silicate de soude à 1 pour 100. Injectant cette solution dans le parenchyme de lapins sains, on voit se développer un processus phlogisto-nécrotique, avec prédominance des caractères phlogistiques; à cette première période fait suite une deuxième période remarquable par une riche néoformation conjonctivale. Si les injections sclérosantes ont été faites dans un parenchyme précédemment infecté de tuberculose, on observe l'association des lésions nécrotiques, dues à l'infection spécifique, à la néoformation conjonctivale, de sorte qu'en dernier lieu la maladie prend le caractère anatomo-pathologique de lésion fibro-ulcéreuse.

Après ses recherches, G. a fait des essais prudents chez l'homme, sur des sujets porteurs de lésions apicales subaiguës évolutives. Des injections en plein parenchyme de 1-2 $cm^3$ de la composition, faites à un certain intervalle, ont été bien tolérées. Pourtant G. réserve toute conclusion en ce qui concerne l'utilité du procédé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Cette méthode devrait être largement appliquée et étudiée expérimentalement, vu qu'elle est sans inconvénients. Elle devrait surtout être expérimentée dans les formes tuberculaires circonscrites à évolution torpide mais tenace, surtout si la localisation est dans la région apicale.

### MISCAREA MEDICALA ROMANA
#### (Craiova)

**M. Tyndel.** ***L'examen radiologique de l'estomac dans la pellagre*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. **11**, n^os^ 7-8, p. 543-546). — Il n'y a pas de travaux sur l'examen radiographique systématique de l'estomac dans la pellagre.

T. a soumis à l'examen radiologique un nombre de 13 malades et a constaté une atrophie des plis de la muqueuse gastrique, l'évacuation accélérée ainsi qu'une pneumatose de l'estomac, dont la forme est dans la plupart des cas pathologique.

T. montre l'importance des dysfonctionnements gastriques et les analogies résultant des examens radiologiques de l'estomac dans la pellagre et dans l'anémie de Biermer.

Henri Krauter.

**I. Bistriceano.** ***Données nouvelles dans la thérapeutique par les ondes ultra-courtes*** (*Miscarea Romana Medicala*, t. **11**, n^os^ 9-10, 1938. — La thérapeutique par les ondes ultra-courtes a conquis une place importante dans la physiothérapie. On doit seulement en respecter les indications et les contre-indications.

Il s'agit moins d'une action thermique pénétrante que d'une action spécifique mécano-vibratoire variable avec la longueur d'ondes et la fréquence. Les observateurs sont nombreux, qui préfèrent l'application de doses sub-thermiques. Weissenberg de Vienne a observé une augmentation de la capacité pulmonaire par les doses faibles.

D'après Leroy les doses faibles produisent des modifications physio-chimiques importantes (déplacement du pH sanguin vers l'alcalinité, transformations dans les échanges cellulaires, résultats dans l'équilibre des ions tissulaires).

Dans les rhumatismes et gonococcies, Schliepacke et Movagliand sont adeptes de fortes doses hyperthermiques.

Halphen, Auclair et Dreyfuss ont réussi à guérir des blennorragies chroniques par des séances prolongées et fortes ; par des électrodes appropriées, ils ont réussi à obtenir des températures de 42° auxquelles le gonocoque ne résiste pas.

Schliepacke a obtenu d'excellents résultats dans les pneumopathies aiguës, les furoncles et les anthrax.

On peut essayer les ondes courtes dans toutes les affections inflammatoires ; les résultats sont excellents dans les affections aiguës du nerf et des sinus; on obtient des améliorations importantes dans l'ozène, dans les otites chroniques.

Dans les laryngites aiguës grippales, les dysphagies, on obtient de bons résultats.

En stomatologie, on obtient de bons résultats dans les paradénites purulentes, périostites infectieuses et fistules dentaires.

En gynécologie, on obtient d'excellents résultats dans les diverses affections utéro-annexielles).

G. Marinesco a exposé les bons résultats dans les névralgies, crises douloureuses du tabes, lumbago, torticolis, céphalée.

Michelangelo a relaté 9 cas d'incontinence d'urine essentielle guéris par les irradiations de la région sacro-lombaire. Enfin, on a signalé des résultats intéressants dans l'angine de poitrine.

Les appareils d'ondes ultra-courtes ne sont pas encore pourvus d'appareils de dosimétrie. On doit s'en tenir aux séances courtes avec vague sensation calorique. Elles seront d'autant plus modérées que les processus inflammatoires sont plus aigus.

HENRI KRAUTER.

### SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Bâle)

**E. Glanzmann.** ***Complication nerveuse de la parotidite épidémique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 29, 16 Juillet 1938, p. 825-828). — Divers auteurs ont eu l'occasion d'observer des affections du système nerveux au cours de l'infection ourlienne. On constate, par exemple, l'apparition brusque d'une méningite avec pléiocytose du liquide céphalo-rachidien (90 pour 100 de lymphocytes ou davantage), dans la famille d'un enfant atteint d'oreillons. Ces symptômes qui disparaissent rapidement peuvent s'observer soit en même temps, soit jusqu'à 3 semaines après le cas d'oreillons.

Une autre forme est constituée par la méningo-encéphalite ourlienne prodromique. Une forme para-infectieuse, dans laquelle les réactions méningées surviennent en même temps que la tuméfaction des parotides, a été également constatée; elle est caractérisée simplement par des maux de tête, de la bradycardie et des altérations du liquide céphalo-rachidien. Il existe enfin une forme latente.

Mais les plus intéressantes sont, d'abord, les méningites qui apparaissent au moment où la température tombe et où le gonflement des parotides commence à s'atténuer. Les symptômes durent rarement 8 jours. Le liquide céphalo-rachidien est clair, rarement trouble ; la lymphocytose est considérable.

La méningo-encéphalite est un peu plus rare ; elle survient entre le 8e et le 10e jour après le début de la maladie, c'est-à-dire à peu près au même moment que l'encéphalite de la varicelle ou de la vaccination. G. a eu l'occasion d'observer ainsi une fillette de 13 ans qui, une vingtaine de jours après le début d'une parotidite, présenta des symptômes méningés, de la diplopie, une papille de stase et de la paralysie du nerf moteur oculaire externe, etc. Dans un autre cas, il s'agit d'un garçon de 8 ans qui, 14 jours après la parotidite, présenta brusquement à l'école une hémiplégie gauche sans aphasie.

Il est rare qu'il survienne de la myélite consécutivement aux oreillons. Les complications qui intéressent l'oreille interne sont graves parce qu'elles peuvent entraîner une surdimutité.

L'autopsie a été rarement faite, de sorte que les lésions sont encore mal connues. Dans le cas de Wegelin, on a trouvé des lésions dans la région des tubercules quadrijumeaux, de l'aqueduc de Sylvius, de la calotte de la protubérance et jusque dans le plancher du 4e ventricule.

P.-E. MORHARDT.

**K. F. Meyer.** ***Peste sylvatique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 32, 6 Août 1938, p. 925-928). — La peste présente encore bien des côtés mystérieux. Autrefois, sa diffusion devait être due en grande partie à l'étroitesse des relations entre le rat et l'homme. Quoi qu'il en soit, il est survenu des épidémies au XIVe et au XIXe siècles, alors qu'on n'en a pas observé d'importantes au XXe siècle, bien que la maladie soit arrivée à se répandre encore davantage. Dans ces conditions, il y a lieu de se demander si la peste peut redevenir aujourd'hui un facteur épidémiologique important. On s'est posé cette question surtout aux Etats-Unis, où des cas ont été observés à partir de 1900 dans le quartier chinois de San Francisco et dans la population proprement américaine. Après le tremblement de terre survenu à San Francisco en 1906, la ville fut reconstruite en prenant des mesures pour protéger les maisons contre les rats et, depuis lors, l'examen mensuel de 1.000 à 2.000 rongeurs n'a pas permis de retrouver un seul animal infecté par la peste.

Indépendamment de ces faits, il a été constaté chez les écureuils et, d'une façon générale, chez les rongeurs de certains districts de Californie une mortalité importante Les recherches poursuivies ont permis de retrouver, entre 1915 et 1918, 233 écureuils infectés par la peste et, d'ailleurs, en 1919, il survint à Oakland 13 cas de mort par peste. Cinq cas furent ainsi observés en 1936 : 1 était survenu chez un vétérinaire qui avait ponctionné un abcès sous-maxillaire chez un chat ; 1 autre chez une femme de 50 ans, chez laquelle le diagnostic ne fut fait que par culture. Tous ces malades guérirent et dans 4 de ces cas il y avait eu contact direct avec des écureuils ou d'autres rongeurs.

En étudiant les parasites et plus spécialement les puces des écureuils, on a pu démontrer l'existence de peste dans des régions où on ne soupçonnait pas cette maladie. On a constaté de plus que toutes les puces ne sont pas également capables de transmettre la maladie. Ce ne serait d'ailleurs pas exclusivement les piqûres qui seraient infectantes. Les déjections pourraient également jouer un rôle.

En somme toutes ces observations montrent que l'Amérique du Nord va désormais présenter un foyer persistant de peste, affectant principalement les rongeurs sauvages. Il est donc tout indiqué de désigner sous le nom de peste sylvatique cette endémie, qui aurait pour origine l'épidémie de Hong Kong de 1894, comme celle qui est observée en Argentine.

Dans l'Afrique du Sud il existe des souris rayées qui ont été infectées par les rats de la côte. La maladie s'est répandue chez les rongeurs sans affecter l'homme. Finalement, la peste s'est attaquée aux colonies de gerbilles et de là à l'homme en provoquant une sévère épidémie de peste pulmonaire. En somme, dans ces contrées, la possibilité d'une épidémie survenant chez les rats et affectant l'homme doit être envisagée et aux Etats-Unis il paraît difficile de trouver des mesures de défense efficace contre les rongeurs, et plus spécialement contre les écureuils.

P.-E. MORHARDT.

**G. Fanconi.** ***Les méningites abactériennes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 32, 6 Août 1938, p. 929-932). — Il est actuellement devenu important au point de vue pronostic et thérapeutique de distinguer des autres formes de méningites abactériennes la méningite de la maladie de Heine-Medin. Dans la maladie de Heine-Medin, l'évolution est très caractéristique. A la phase de l'infection générale, il survient une angine lacunaire avec réaction méningée qui peut mettre le médecin sur la piste. Ensuite, après une période de latence de 4 jours, on observe l'invasion du système nerveux qui comprend 3 phases : la première correspond à une inflammation limitée aux méninges, la seconde à une tuméfaction œdémateuse principalement de la substance grise des cornes antérieures et la troisième à la neuronophagie des cellules ganglionnaires. Bien souvent la maladie s'arrête avant la phase paralytique et alors l'affection ne peut guère être diagnostiquée qu'en vertu de considérations épidémiologiques. Ces formes « inapparentes » ou d' « immunisation muette » sont, en effet, difficiles à distinguer des méningites lymphocytaires aiguës ou bénignes.

En passant en revue les histoires de malades observés dans sa clinique au cours des dernières années, chez lesquels on fit le diagnosic de méningite aseptique, F. en a retrouvé une série que l'atonie musculaire de la nuque, les parésies légères des nerfs craniens, la faiblesse des mains et l'inégalité des réflexes doivent faire ranger dans la forme abortive préparalytique de la maladie de Heine-Medin.

Tandis que la poliomyélite est une affection de l'été et de l'automne, la méningite aseptique se répartit sur toute l'année. Elle serait même un peu plus fréquente en Décembre et en Janvier. Mais en réalité, il doit s'agir souvent de poliomyélite car on retrouve la courbe fébrile en dromadaire et des symptômes préparalytiques. Il faut donc admettre qu'après une épidémie de poliomyélite le virus survit pendant l'hiver en provoquant des syndromes qui ne dépassent guère la phase méningitique.

Néanmoins, il existe incontestablement des méningites lymphocytaires aiguës et bénignes, caractérisées par l'absence de symptômes préparalytiques et de courbe thermique en dromadaire. La maladie des jeunes porchers, par contre, donne lieu elle aussi à une courbe thermique en dromadaire. Mais, dans ce dernier cas, la phase de l'infection générale se trouve être la plus grave et la plus longue : elle forme un plateau auquel s'oppose le clocher de la seconde phase. Dans le liquide céphalorachidien, on fait les mêmes constatations que dans la poliomyélite et que dans la méningie lymphocytaire aiguë. F. arrive ainsi à distinguer des méningites secondaires des oreillons et de la rougeole, la poliomyélite, la maladie des jeunes porchers, la méningite lymphocytaire idiopathique et peut-être la polyradiculonéphrite de Guillain et Barré, formes primitives de maladies à virus, sans se dissimuler




**ANALGÉSIQUE DE PRESCRIPTION ESSENTIELLEMENT MÉDICALE**

LE PLUS PUISSANT
LE MOINS TOXIQUE
LE MIEUX TOLÉRÉ

ASSOCIATION médicamenteuse synergique d'acide acétylsalicylique, de phénacétine et de phosphate de codéine, d'où **action thérapeutique renforcée**

DANS : Grippe - Névralgies - Névrites Rhumatismes - Courbatures fébriles Migraines - Zona - Dysménorrhée - Otites Sinusites - Douleurs post-opératoires.

# Véganine

Littérature et Échantillons sur demande à MM. les Médecins

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**
M. GUÉROULT, Docteur en Pharmacie
**13, Rue Pagès - SURESNES** (Seine)

---

***DOCTEUR***

Vous aurez toujours la reconnaissance émue de vos GRANDS MALADES des Poumons en leur prescrivant le

## SIROP FRANY

POUR ADULTES
— CALME ET ASSURE LE SOMMEIL —
PAS DE CRÉOSOTE — PAS DE MORPHINE

Laboratoire **FRANY, 52,** Avenue de la République, **PARIS**

---

**JUS DE RAISIN**

## CHALLAND

**ALIMENT DE RÉGIME**
HYPOCHLORURÉ — HYPOAZOTÉ
▪ ASSIMILABILITÉ PARFAITE ▪

JUS DE RAISIN CHALLAND. SOCIÉTÉ ANONYME. CAPITAL : 2.000.000 FR.
NEGOCIANT A NUITS-SAINT-GEORGES (Côte-d'Or). R. C. Nuits 399

---

## MUTHIODE

SOLUTION D'IODURE DOUBLE DE BISMUTH ET DE SODIUM

TRAITEMENT

**par INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES de la SYPHILIS A TOUTES SES PÉRIODES et des SCLÉROSES PARENCHYMATEUSES ET VASCULAIRES**

Ampoules de 2 cc. pour Adultes — En boîtes de 12 ampoules — Ampoules de 1 cc. pour enfants.

Laboratoires LECOQ & FERRAND, 14, rue Aristide-Briand, LEVALLOIS Près Paris

cependant ce que cette distinction a d'artificiel, puisque dans les oreillons on retrouve plus souvent que dans la poliomyélite des symptômes de réaction méningée du liquide céphalo-rachidien.

Il existe d'ailleurs également des méningites bénignes bactériennes où l'agent en cause n'est pas retrouvé parce qu'il est rare ou parce qu'il n'existe que pendant les premiers jours. F. a observé des formes streptococciques. Il existe également des méningites tuberculeuses bénignes. La réaction du tryptophane du liquide céphalo-rachidien peut alors aider au diagnostic car elle est presque toujours positive dans la méningite tuberculeuse.

P.-E. Morhardt.

**Eduard Jacobson.** ***Le traitement de la maladie de Werlhof par la phénylhydrazine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 34, 20 Août 1938, p. 991-992). — On ne connaissait jusqu'ici comme traitement de la maladie de Werlhof que des méthodes palliatives : transfusion du sang, rœntgenthérapie, protéinothérapie, hémostatiques, vasococonstricteurs et, parfois, la splénectomie. Comme dans cette affection la thrombopénie constitue un des symptômes principaux, sans d'ailleurs exclure complètement une lésion capillaire, J. a eu l'idée de recourir, dès 1931, à la phénylhydrazine. Actuellement, il a traité au total 28 cas de ce genre, dont 12 enfants, 9 femmes et 7 hommes. Sous l'action de ce médicament, le nombre des thrombocytes n'a cependant pas augmenté. Il en est d'ailleurs parfois de même malgré la splénectomie. Les doses de médicament administrées ont varié au total de 0 *g*. 70 à 1 *g*. 50.

La tendance aux hémorragies a disparu dans 19 cas. On n'a pas eu de renseignements sur les 9 autres cas. Il semble, d'après J., que cet effet thérapeutique doit être attribué à l'action du médicament qui agirait sur la moelle osseuse en ne déterminant que d'une façon exceptionnelle une « crise thrombocytaire ».

P.-E. Morhardt.

**Minko Dobreff.** ***Modifications affectives de la pression sanguine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 38, 17 Septembre 1938, p. 1075-1076). — Des élévations de pression importantes au cours de l'angoisse ou de la peur ont été observées par de nombreux auteurs. D. a eu de même l'occasion de suivre 3 hommes et 4 femmes qui se trouvaient en traitement dans une clinique universitaire, au moment du tremblement de terre survenu à Sofia en Septembre 1932. Ces malades se trouvaient dans une salle située aux étages supérieurs de l'hôpital et où, par suite, le tremblement de terre a été ressenti d'une façon particulièrement forte. La pression et la fréquence du pouls ont été prises immédiatement après la fin de la deuxième secousse, c'est-à-dire à un moment où on pouvait craindre encore une troisième secousse. Les examens ont été pratiqués surtout chez les malades peu atteints et qui paraissaient avoir eu particulièrement peur. Ces sujets ont paru présenter de l'agitation et de la faiblesse des jambes ainsi que des sensations dans la région abdominale, analogues à ce qu'on éprouve en cas de mal de mer.

Chez tous ces malades, la pression systolique et diastolique a augmenté. Le pouls a été accéléré dans 5 cas.

D. donne en outre l'observation d'un avocat de 26 ans, qui fit une hémorragie cérébrale au cours d'une partie de football entre Bulgares et Yougoslaves, au moment où il était le plus ému par la partie.

P.-E. Morhardt.

## HELVETICA MEDICA ACTA
### (Bâle)

**Nicola G. Markoff.** ***La sprue indigène*** (*Helvetica Medica Acta*, supplément III au t. 5, n° 4, 1938, p. 1-48). — M. a réuni 17 cas de sprue dans lesquels il fut observé tout d'abord et d'une façon tout à fait générale une longue durée de la maladie. En outre, l'interrogatoire révélait de la diarrhée (15 cas), de l'amaigrissement (14 cas), de l'anémie (8 cas), de la lassitude (5 cas), de l'œdème (5 cas), des paresthésies (4 cas), ainsi qu'une démarche vacillante, de la brûlure de la langue, des coliques, des hémorragies cutanées ou gingivales, des accès de tétanie, etc. Il n'a pas été constaté que la maladie soit familiale. L'apparence du malade (pseudo-ascite avec visage de vieux) est très caractéristique. Tous les malades présentaient de l'acrocyanose avec absence de turgescence, et des lésions des ongles semblables à celles qui s'observent en cas d'anémie par carence de fer. L'examen du suc gastrique a montré, dans 9 cas, qu'il y avait déficit d'acide chlorhydrique. Dans 5 autres cas, qui présentaient de l'acide chlorhydrique libre, on trouvait un hémogramme mégalocytaire et une moelle mégaloblastique typique. En administrant le suc gastrique d'un de ces derniers cas à un rat mâle, selon la méthode de Singer, on a constaté une augmentation des réticulocytes, ce qui montre que, dans ce cas, le principe anti-anémique ne manquait pas. Comme symptôme du côté de l'appareil digestif, on a également constaté un météorisme considérable, des coliques avec formation de niveaux liquides, 71 à 86 pour 100 de graisse dont 20 pour 100 de savon dans les fèces, etc. L'examen du sang a révélé dans trois cas une anémie chronique secondaire avec indice colorimétrique variant de 0,4 à 0,7 et dans 10 cas une anémie hyperchromique avec indice colorimétrique allant jusqu'à 1,9. Trois autres cas étaient mixtes.

Dans les 10 cas d'anémie hyperchromique, la moelle osseuse était mégaloblastique et présentait alors la même réaction que dans les anémies pernicieuses.

La bilirubine du sérum a été 15 fois normale (0,3 à 1 mg. pour 100 *g*.) et 2 fois anormale (1,2 à 1,3 m*g*. pour 100 *g*.). L'administration d'un repas de graisse n'a fait augmenter la lipémie que de 39 pour 100 au lieu de 50 pour 100 chiffre normal. La glycémie après repas sucré (60 *g*. de glucose) a donné une courbe tout à fait aplatie, fait qui ne semble pas pouvoir s'expliquer par l'existence d'acidose. Le métabolisme de base a varié de 1,3 à 33,1 pour 100. Les chiffres élevés ont été rencontrés surtout en cas d'anémie sévère.

Parmi les malades de M. figurent deux gestantes dont une est morte. Il semblerait donc que la sprue constitue, dans certains cas, un motif d'interruption de la grossesse.

Parmi les signes nerveux figurent une surdité labyrinthique fréquente, des paresthésies (7 cas), etc. L'examen pathologique n'a pas révélé d'altérations bien notables. Les surrénales, en particulier, étaient normales. Au point de vue étiologie, on doit faire figurer en premier lieu une gastroentérite chronique.

Quant au traitement, il exige une ration importante de protéines (120 *g*.), l'administration d'extrait de foie, du calcium et des vitamines ($B_1$, $B_2$, C, A et D) ainsi que du fer et de l'arsenic. L'extrait de corticosurrénale n'a rien donné.

P. - E. Morhardt.

## CASOPIS LEKARU CESKYCH
### (Prague)

**Herfort.** ***Effet thérapeutique de l'histidine dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux et son mécanisme*** (*Casopis Lekaru Cespych*, an. 77, n° 38, 23 Septembre 1938, p. 1141-1145). — 160 cas d'ulcères gastro-duodénaux ont été traités par l'histidine avec un résultat favorable, et c'est à cette occasion que le métabolisme des acides aminés a été étudié, en déterminant d'abord le taux normal de l'aminémie veineuse, puis les réactions provoquées par l'injection intraveineuse massive d'acides aminés (12 *cm*³ d'une solution à 10 pour 100 de glycocolle, et 5 *cm*³ de Larisdine Roche). Les recherches ont été effectuées à l'aide de la méthode de Folin et suivant la technique modifiée par Horejsi et Mcel. Les résultats ont été les suivants :

Le taux de l'aminémie est sensiblement identique, que l'ulcus soit localisé au duodénum ou à l'estomac, bien que, dans le deuxième cas, la réaction à l'histidine soit plus rapide. Ce taux ne s'élève ni ne s'abaisse au cours des phases aiguës et des périodes de rémission. Il ne se modifie pas davantage avec l'âge de la maladie ulcéreuse. Après les injections (histidine et glycocolle), la courbe obtenue est semblable à celle que Bufano a obtenue chez les sujets normaux, sans anomalie du métabolisme. Cette courbe est identique chez les sujets les plus favorablement influencés et chez ceux que le traitement n'améliore pas. Elle reste la même au début et à la fin de la cure. Il semble donc que l'action invoquée par Aron sur le métabolisme aminé pour expliquer l'effet de cette thérapeutique soit en réalité tout à fait injustifiée.

**Hejda** et **Preusz.** ***Action des dérivés de la choline sur la lipémie*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. 77, n° 40, 7 Octobre 1938, p. 1183-1187). — Des nombreux dosages effectués systématiquement avant injection de kathésine, puis 1 h. 1/2, 3 h. et 4 h. 1/2 après, à la suite des recherches initiales de Best et de ses collaborateurs, il est permis de tirer les conclusions suivantes : chez les sujets normaux le taux de la lipémie s'élève d'environ 30 pour 100, ce maximum étant atteint, en général, entre la deuxième et la troisième heure. Il revient approximativement à son chiffre initial après 4 h. 1/2. Cette réaction est très réduite, nulle ou inversée, avec abaissement du taux global des liquides, chez les malades atteints d'affections hypophysaires. Ces constatations sont à rapprocher des résultats diamétralement opposés obtenus en 1932 par H. et P. avec une autre substance, la pituitrine, résultats qui confirmaient les recherches antérieures de Raab concernant l'influence des extraits hypophysaires sur le taux de la lipémie.

# REVUE DES JOURNAUX

## LE CONCOURS MEDICAL
(Paris)

**A. Cantonnet.** ***Le loucheur voit-il double?*** (*Le Concours Médical*, t. 60, n° 46, 13 Novembre 1938, p. 2823-2824). — Le loucheur ne voit pas double spontanément comme le sujet atteint de strabisme par paralysie d'un muscle oculaire. Mais si l'on recherche la diplopie au moyen du verre rouge, on constate que lorsqu'il ne neutralise plus, lorsqu'il ne supprime pas mentalement les images fournies par l'œil dévié, il présente une vision double simultanée.

Au cours de la rééducation, le loucheur doit passer par ce stade de la vision double simultanée avant d'arriver à la vision binoculaire et à la vision stéréoscopique.

La recherche de la vision double permet de déceler des strabismes légers inapparents dont les sujets qui en sont atteints peuvent être appelés des « loucheurs sans loucherie ».

La constatation de la vision double chez un loucheur est un signe favorable, car cela indique qu'il est en voie de rééducation et au stade de la vision simultanée.

70 pour 100 des loucheurs sont rééducables et on ne doit pas les opérer.

ROBERT CLÉMENT.

**J.-P. Tourneux.** ***Le traitement des brûlures du crâne par courant électrique*** (*Le Concours Médical*, t. 60, n° 52, 25 Décembre 1938, p. 3279-3281). — Les lésions locales provoquées par le courant électrique sont réparties à la surface du corps au point d'application, d'entrée ou de sortie du courant et se traduisent par des altérations des téguments rappelant généralement des brûlures de deuxième ou de troisième degré, mais pouvant atteindre les quatrième, cinquième et sixième degré lorsque le courant a agi longtemps et que la chaleur dégagée a été suffisamment intense.

Dans les accidents dus à l'électricité, ce sont les lésions d'ordre général : perte de connaissance, choc, inhibition des centres bulbaires, qui sont les plus dangereuses et presque toujours la cause de la mort. Cependant, certaines brûlures très graves sont capables de menacer la vie.

Au niveau du crâne, les brûlures par courant électrique peuvent atteindre la voûte cranienne et provoquer une nécrose plus ou moins étendue. Le plus souvent, on attend l'élimination spontanée du séquestre. C'est ce qui a été fait chez un ouvrier de 28 ans qui avait été atteint au niveau du crâne par la chute de fils conducteurs. La guérison ne s'est produite qu'au bout de 9 mois par l'élimination lente de tout l'os nécrosé.

Dans 2 autres cas analogues, T. est intervenu 15 jours environ après l'accident, au début de la nécrose osseuse. La trépanation permit d'enlever en bloc toute la partis osseuse en voie de nécrose. La dure-mère était congestionnée mais sans trace de pachyméningite. La guérison s'est effectuée beaucoup plus rapidement dans l'espace d'environ 2 mois.

L'exérèse chirurgicale de la partie osseuse escarrotique raccourcit les suites de ces brûlures profondes par courant électrique, l'élimination spontanée demandant un temps fort long.

ROBERT CLÉMENT.

## ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

**Dujardin, Baonville et Titeca.** ***Le syndrome humoral de la paralysie générale; son évolution et sa signification pronostique après malariathérapie*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. 9, n° 11, Novembre 1938, p. 961-989). — L'étude du sang et du liquide céphalo-rachidien de 50 malades atteints de PG a montré à D., B. et T. que les formules humorales de ces malades pouvaient se répartir en 3 variétés distinctes :

a) *Syndrome humoral homogène*, où l'indice syphilimétrique du l. c. r. reste positif pour les dilutions, au moins celle au 1/5, et où le B-Wassermann est très positif avec index de perméabilité méningée élevé, supérieur à 1/10 ;

b) *Syndrome humoral atténué*, avec indice photométrique nul des dilutions du liquide, même celle au 1/5, et réaction de Vernes du sang peu intense ; la réaction de déviation du complément est plus faiblement positive, l'index de perméabilité restant supérieur à la valeur critique de 1/10 ;

c) *Syndrome humoral de syphilis cérébro-spinale*, avec *discordance* entre l'intensité des réactions sérologiques du sang et l'atténuation des mêmes réactions dans le l. c. r. et par la valeur toujours égale ou inférieure à 1/10 de l'index de perméabilité.

Les 2 premiers groupes comprennent 94 pour 100 des cas, le 3e groupe 6 pour 100 ; c'est dans ce groupe que le pourcentage de guérisons et d'améliorations cliniques après malariathérapie est le plus élevé.

L'évolution du syndrome humoral des PG après malariathérapie peut se faire dans 3 directions :

1° Les réactions sérologiques restent pendant des mois aussi intenses dans le sang et le l. c. r. : on note seulement une diminution de la réaction leucocytaire et de l'albuminorachie.

2° On observe une atténuation très lentement progressive des réactions de B-Wassermann et de Vernes ; l'index de perméabilité méningée conserve toujours une valeur identique.

Dans ces 2 cas, on n'observe pour ainsi dire jamais d'amélioration clinique sensible; les malades deviennent des piliers d'asiles, qui succomberont lentement aux progrès de la cachexie ou seront emportés brutalement par une affection intercurrente.

3° Les réactions sérologiques diminuent en intensité dans le l. c. r. ou même à la fois dans le l. c. r. et le sang. C'est dans ces cas que l'on observe les plus beaux résultats cliniques allant depuis l'amélioration avec retour à domicile jusqu'à la guérison avec reprise de l'activité professionnelle.

R. BURNIER.

## REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE
(Strasbourg)

**L. Caussade, Neimann, Thomas et Davidsohn.** ***Recherches sur les tests oculaires d'hypovitaminose A chez les enfants d'âge scolaire*** (*Revue française de Pédiatrie*, t. 14, n° 3, 1938, p. 209-223). — Les tests qui servent à l'étude de l'avitaminose A sont d'une part les *tests de laboratoire* (test biologique, méthodes colorimétriques, méthode spectrophotométrique) ; d'autre part, des *tests cliniques*. Ces derniers sont des troubles oculaires et comme tels peuvent être décelés d'une façon précoce, le *xérosis débutant* révélable au biomicroscope de Güllstrand et l'*héméralopie débutante*.

Ces tests cliniques, de l'avis de C., N., T. et D., sont passibles de critiques. Aussi ont-ils mis au point un test nouveau d'héméralopie dont ils décrivent en détail l'appareillage et la technique. Après avoir établi la sensibilité de ce test, C., N., T. et D. l'ont appliqué à l'étude systématique de l'hypovitaminose A chez des enfants d'âge scolaire : 110 enfants recrutés dans les hôpitaux et les dispensaires, 110 enfants des écoles. Dans ces 2 groupes réunis, 28 enfants qui présentaient de l'hypovitaminose A reçurent une dose quotidienne de 30.000 unités de vitamine A. Ils furent examinés à l'adaptomètre tous les 7 jours et l'on put constater les résultats suivants : 25 virent leur seuil ramené à la normale en 7 jours, 1 en 14 jours, 1 en 21 jours. Chez un seul enfant on nota un échec complet.

Le test d'héméralopie proposé par C., N., T. et D. permet d'affirmer l'existence d'une hypovitaminose A chez les sujets indemnes d'affections hépatiques et oculaires. Son utilisation chez les enfants d'âge scolaire a montré que la carence latente en vitamine A est relativement fréquente, surtout dans les classes pauvres soumises à une alimentation insuffisante et déséquilibrée.

G. SCHREIBER.

**J. Wertheimer** (Strasbourg). ***L'hyptiogénèse de l'énurésie nocturne et son traitement*** (*Revue française de Pédiatrie*, t. 14, n° 3, 1938, p. 264-270). — L'étiologie de l'énurésie reste obscure et innombrables sont les méthodes et les médications proposées pour la guérir.

Ayant étudié 300 nourrissons normaux à l'Institut de puériculture de Strasbourg, dirigé par M. Forest, W. a pu observer que le nourrisson ne se mouille pas pendant le sommeil et qu'il se réveille toujours avant d'uriner. Il a pu constater par ailleurs que la pollakiurie qui est de règle chez le nourrisson dans le décubitus dorsal et qui est considérée jusqu'ici comme physiologique disparaît dans la position ventrale, qui diminue la pression de l'urine sur le *trigonum vésical*.

Cette constatation a incité W. à recommander le décubitus ventral aux énurétiques nocturnes et il publie 4 observations de tels enfants observés et suivis à la consultation de la policlinique infantile de la Faculté de Médecine de Strasbourg (P. Woringer).

Les résultats très nets et très remarquables obtenus par ce procédé ont paru suffisants à W. pour le publier et en recommander la vérification.

G. SCHREIBER.

## MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

**H. Friedrich** (Ulm). ***Le diagnostic de l'échinococcose alvéolaire, maladie assez fréquente mais presque toujours méconnue*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1220-1222). — On sait que l'échinococcose se manifeste sous deux formes: l'échinococcose kystique et l'échinococcose

alvéolaire. Tandis que la forme kystique est bien connue, la forme alvéolaire ne semble presque jamais observée.

Les malades atteints de cette affection présentent principalement des troubles gastriques et hépatiques, le foie est hypertropié et dur.

La plupart des malades présentent en même temps un ictère d'intensité variable, et l'on diagnostique le plus souvent une tumeur maligne de l'estomac.

Jusqu'à présent le diagnostic d'échinococcose alvéolaire n'était établi que par l'examen histologique et anatomo-pathologique, révélant un tissu parsemé de petites alvéoles qui ont donné leur nom à cette forme d'échinococcose.

Comme en pratique le syndrome réalisé par l'échinococcose alvéolaire ressemble à celui d'une tumeur gastrique, il faudra, en conséquence, selon F., penser à l'échinocoque chaque fois que la preuve de l'existence d'une telle tumeur ne peut être démontrée.

Il semble que l'échinococcose alvéolaire soit relativement fréquente dans l'Allemagne du Sud, en Suisse et en France. Si cette maladie n'a jusqu'à présent été que rarement démasquée, cela tient plutôt à la difficulté du diagnostic qu'à la rareté de la maladie.

F. croit d'ailleurs avoir observé, dans un grand nombre de cas, sur des radiographies de tels malades, des ombres de taches calcaires dans le tissu hépatique. Il pense que la constatation de ces taches pourra être utile pour le diagnostic de cette affection.

GUY HAUSSER.

## DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

**O. Kulenkampff** (Zwickau). ***La prophylaxie des embolies pulmonaires graves ou mortelles par nettoyage de la veine iliaque*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 17, 22 Avril 1938, p. 593-595). — L'origine essentielle des embolies pulmonaires est la formation dans les veines iliaques interne ou externe de caillots se détachant du 8e au 12e jour.

L'intervention préconisée par K. consiste en un nettoyage des caillots au niveau de ces veines. Il précise le lieu de l'incision et insiste sur l'absence de risques concernant une soi-disant embolie gazeuse.

Il importe donc d'enlever précocement le thrombus ainsi que les caillots mous qui y adhèrent et qu'il est possible d'atteindre par la veine saphène incisée.

4 cas heureux sont relatés, ainsi que 11 autres cas dans lesquels il y avait déjà début d'organisation des caillots flottants.

Enfin, dans 3 observations de malades atteints de thrombose diffuse des jambes, il fut possible de guérir ce processus et d'éviter l'atteinte si fréquente du membre opposé.

G. DREYFUS-SÉE.

**T. Riechert** (Francfort) ***Le traitement chirurgical des méningites tuberculeuses circonscrites*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 17, 22 Avril 1938, p. 595-598). — Comparée aux autres manifestations tuberculeuses du système nerveux central, la méningite circonscrite est relativement rare. Elle est caractérisée par des manifestations localisées en foyer dans un premier stade et qui ne provoquent des symptômes généraux qu'à une phase plus tardive de diffusion.

Le tableau clinique dépend de la localisation anatomo-pathologique des lésions. Ce sont essentiellement des symptômes de tumeur cérébrale.

Dans l'observation relatée par R., l'affection a évolué comme un méningiome para-sagittal chez un sujet de 43 ans, avec des symptômes convulsifs à type de B. J. débutant au membre inférieur droit et se généralisant à la moitié droite du corps. Plus tard sont survenus des phénomènes parétiques à droite, puis des symptômes d'atteinte pyramidale au membre inférieur gauche. Aucune manifestation d'hypertension intra-cranienne n'est apparue. L'artériogramme, le phlébogramme et l'encéphalogramme ont apporté des éléments de localisation intéressants. La tumeur importante et adhérente n'a pu être extirpée que difficilement.

11 jours après l'opération, le malade n'a plus eu de convulsions, mais il est aphasique.

R. recommande en principe, lorsqu'il s'agit de méningiomes superficiels et déterminant des signes de compression, de se contenter d'une intervention décompressive.

G. DREYFUS-SÉE.

**I. Bauer.** ***Traitements des brûlures étendues des nourrissons par la saignée et la transfusion sanguine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 30, 22 Juillet 1938, p. 1064-1066). — L'observation relatée concerne un nourrisson de 11 mois atteint d'une brûlure du 2e degré comportant plus du tiers de la surface corporelle. Le traitement employé fut l'exsanguino-transfusion répétée et combinée avec des injections intraveineuses de solution de Ringer et de solution de lévulose dans les veines.

Durant 11 jours consécutifs, on pratiqua 15 saignées prélevant au total 1.380 $cm^3$ de sang et suivies de 29 injections de 3.850 $cm^3$ de solutions liquides. Le nourrisson reçut en outre 30 transfusions sanguines lui apportant 2.800 $cm^3$ de sang. La guérison totale avec de petites cicatrices correspondant à des zones suppurées a été obtenue.

G. DREYFUS-SÉE.

**Spiethoff** (Leipzig). ***La chimiothérapie de la gonorrhée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 31, 29 Juillet 1938, p. 1097-1102). — Si on n'est pas encore d'accord sur le mécanisme d'action de la chimiothérapie de la gonorrhée, il semble cependant que nombre de médicaments présentent une remarquable efficacité.

La technique thérapeutique préconisée en Allemagne est celle du traitement d'attaque énergique mais poursuivie seulement pendant une courte durée.

C'est ainsi que les préparations du « diseptal » et parmi elles surtout « l'uliron » sont employées à des doses élevées pendant 3 ou 4 jours, une nouvelle attaque à haute dose pouvant être utile en cas d'insuccès de la première. Nombre de méthodes employées par les auteurs américains et français sont passées en revue, et S. pose la question importante de l'utilité d'un traitement local associé au traitement général. Il montre aussi que l'accord n'est pas fait en ce qui concerne les thérapeutiques prophylactiques et curatrices des complications locales et générales de la gonococcie.

Cependant, malgré ces divergences de technique, les médications nouvelles chimio-thérapiques paraissent avoir raccourci considérablement la moyenne de durée d'hospitalisation des malades atteints de gonococcie.

G. DREYFUS-SÉE.

**F. Stahler** (Francfort). ***Recherches sur le métabolisme de la vitamine $B_1$ chez les femmes enceintes ou accouchées, saines ou atteintes de polynévrite*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 32, 5 Août 1938, p. 1137-1140). — Les recherches ont porté sur 4 femmes non enceintes, 4 en état de gestation normale et 1 présentant une polynévrite gravidique. A toutes on a administré de la vitamine $B_1$, et contrôlé à plusieurs reprises chaque jour son élimination dans les urines. En outre, chez une accouchée, la recherche de vitamine a été pratiquée dans le lait et chez le nourrisson.

Ces recherches ont montré :

1° Chez la polynévritique gravidique un déficit notable en vitamine $B_1$;

2° Les femmes enceintes, après administration de vitamine $B_1$, en éliminent 30 pour 100 de moins par leurs urines que les femmes non en état de gestation. Pendant la grossesse (6 à 8 mois) le besoin de vitamine $B_1$ atteignait ainsi 7 à 8 *mg.* par 24 heures au lieu de 5 à 6 *mg.* par 24 heures chez la femme normale;

3° Le placenta est légèrement perméable à la vitamine $B_1$. Dans le sang du cordon ombilical des nouveau-nés normaux, la teneur en vitamine $B_1$ était sensiblement la même que celle du sang maternel ; exemple : sans injection de vitamine, chez un prématuré de 6 mois, 16 λ pour 100, alors que la mère a 24 λ pour 100 de vitamine $B_1$ dans son sang; chez un enfant né à terme 32 λ pour 100, alors que la mère a 48 λ pour 100; dans un 3e cas, administration intramusculaire de 10 *mg.* $B_1$ au début de l'accouchement, celui-ci survint 24 heures après : l'enfant a 10 λ pour 100 dans son sang, la mère 80 λ pour 100.

Enfin, après l'accouchement, une partie de la vitamine injectée peut être retrouvée dans le lait (11 pour 100). Sur 6.000 λ par 24 heures, on trouve : 680 dans le lait, 2.080 dans les urines, 3.240 sont retenues dans l'organisme.

G. DREYFUS-SÉE.

**J. Hartenstein** (Leipzig). ***Traitement des diarrhées des nourrissons par le lait de femme cru*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 32, 5 Août 1938, p. 1145-1146). — Cinquante et un cas de diarrhées aiguës et toxicoses du premier âge ont été traitées par le lait de nourrice absorbé cru. A titre de comparaison, 67 autres nourrissons de mêmes âges que les précédents ont reçu une alimentation de régime comprenant moitié babeurre et moitié décoction de riz ou d'orge à 10 pour 100 avec 5 pour 100 de dextrine-maltose.

Les résultats de cette expérience sont inverses de ceux habituellement constatés par la majorité des pédiatres qui ont utilisé le lait de nourrice. Dans les statistiques de H., en effet, le lait de femme paraît inférieur à l'alimentation artificielle, tant en ce qui concerne la courbe de mortalité que pour le retour à l'état normal (sédation des phénomènes toxiques, durée de la maladie, équilibration des pertes aqueuses, influence sur les selles et courbes pondérales).

G. DREYFUS-SÉE.

**D. Petzetakis** (Athènes). ***Traitement abortif de la fièvre de Malte par le prontosil*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 32, 5 Août 1938, p. 1147-1148). — Le traitement par le prontosil a fourni à P. des résultats remarquables dans un cas de fièvre de Malte, chez un sujet de 62 ans, malade depuis environ 2 mois.

La thérapeutique prescrite a été la suivante : 10 jours de suite injection intramusculaire de 5 $cm^3$ de prontosil soluble et ingestion de 3 tablettes de prontosil. Repos 2 jours, puis 3 tablettes par jour pendant 20 jours; nouvelle pause de 10 jours et reprise de 3 tablettes quotidiennes pendant 10 jours.

Dès le 3e jour du traitement la fièvre décrût, et après la 10e injection le malade était définitivement apyrétique. Dès la 1re injection on a noté la reprise de l'appétit, la régression des douleurs articulaires, la disparition des accès de transpiration, l'amélioration de l'état général. Moins de 2 mois après le début du traitement, le sujet avait pu reprendre son travail.

Ce résultat encourageant doit faire considérer le prontosil comme le traitement de choix de la mélitococcie.

G. DREYFUS-SÉE.

**Witzleben et Werner** (Dresde). ***Traitement de l'encéphalite chronique épidémique (parkinsonisme); cure bulgare avec le Homburg 680*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 33, 12 Août 1938, p. 1174-1178). — Le Homburg 680 est préparé à l'aide de la racine de belladone bulgare par percolation. Il contient 3 mg. d'alcaloïdes totaux par cm³, soit 2 mg. 3 d'hyosciamine, 0 mg. 6 d'atropine, 0 mg. 09 de scopolamine. Son efficacité serait supérieure à celle obtenue par les préparations belladonées ou atropinées pures. Le mode d'emploi est strictement réglé par doses lentement progressives en commençant par I goutte et en augmentant de I goutte par jour, par doses réparties dans la journée et pouvant atteindre jusqu'à 4 fois XXV gouttes.

Les sensations désagréables telles que celle de sécheresse de la bouche et des muqueuses sont combattues par la succion de dragées mentholées-eucalyptolées. Il faudra parer aussi à quelques troubles de sécrétion digestive. Le régime doit être strictement végétarien et souvent déchloruré. L'alcool est interdit ainsi que le café et le tabac. On recommandera aux malades des exercices réguliers de gymnastique, des massages, frictions alcoolisées et bains chauds.

Des médications symptomatiques accessoires peuvent être prescrites.

Le médicament serait surtout efficace dans le parkinson post-encéphalitique avec manifestations diverses et dans la paralysie agitante. Le traitement doit être poursuivi très longtemps. Jusqu'à présent on n'a pas enregistré de guérison définitive.

G. Dreyfus-Sée.

### MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

**R. Specht.** ***Le traitement sérique « per os » des gastrites et des ulcères gastriques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 27, 8 Juillet 1938, p. 1031-1033). — 100 malades atteints de gastrites ou de lésions ulcéreuses de l'estomac ont été traités depuis 4 ans par administration par voie digestive de sérum bovin. Ce mode de traitement paraît avoir été aussi efficace que les médications habituelles dans la plupart des cas, et chez quelques malades il a amené une amélioration de symptômes rebelles aux thérapeutiques antérieurement tentées. L'essai d'interruption du traitement sérique a provoqué chez ces malades la réapparition des troubles qui ont été enrayés de nouveau par la reprise du médicament.

Des gastrites sévères, des hémorragies gastriques post-opératoires, quelques cas de troubles digestifs et de toxicoses de nourrissons peuvent être signalées parmi les succès thérapeutiques obtenus.

G. Dreyfus-Sée.

**B. Kern** (Konigsberg). ***Thrombopénie simple provoquée par une intoxication benzolique chronique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 28, 15 Juillet 1938, p. 1062-1063). — Aucune observation de thrombopénie accentuée apparaissant isolément sans autre manifestation de trouble de la fonction médullaire n'a été publiée. Le cas étudié par K. paraît donc assez rare. Il s'agissait d'un sujet de 58 ans, soumis quotidiennement pendant plusieurs semaines à une intoxication benzolique, et qui présenta une thrombopénie grave, allant jusqu'à la disparition transitoire presque totale des thrombocytes sans aucun signe d'anémie, ni de leucopénie. Le malade avait une paralysie spastique des 4 membres et une somnolence accentuée, probablement consécutives à un purpura cérébri.

Au décours de ces symptômes apparut une sciatique. Tous les phénomènes d'apparence grave régressèrent cependant sans laisser aucune séquelle.

G. Dreyfus-Sée.

**Pies et Schroeder** (Munich). ***L'influence du mode de préparation des aliments sur la satisfaction des besoins en vitamine C de l'organisme*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 29, 22 Juillet 1938, p. 1114-1115). — Des recherches ont été faites sur de jeunes apprentis logés dans 2 établissements recevant une alimentation comparable, mais dont la préparation culinaire était différente. Dans chaque établissement, 31 jeunes gens ont été examinés et la teneur de leur sang en vitamine C a été établie.

Or l'un des groupes présentait dans l'ensemble des teneurs élevées de vitamine, alors que les chiffres fournis par l'autre groupe témoignaient d'une carence accentuée. Les régimes étant sensiblement les mêmes pour les 2 groupes, on a étudié de près leur préparation.

Dans le premier établissement les légumes étaient cuits à la vapeur et servis avec leur eau de cuisson, alors que dans le deuxième, les légumes cuisaient dans de grands récipients, demeuraient plusieurs heures sur le feu et, en outre, l'eau de cuisson était fréquemment rejetée.

Ces notions culinaires importantes mériteraient d'être répandues dans les milieux familiaux ainsi que dans les établissements où l'on reçoit des enfants et des jeunes gens.

G. Dreyfus-Sée.

**Pette** (Hambourg). ***Y a-t-il en Allemagne une encéphalite du type de l'encéphalite japonaise*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 30, 29 Juillet 1938, p. 1137-1140). — Trois observations complètes d'encéphalomyélite sont relatées; deux d'entre elles comportent un examen anatomopathologique. La comparaison des symptômes cliniques et histologiques avec le tableau habituel des encéphalites observées en Allemagne décèle des différences importantes : en particulier ces malades ne présentaient ni troubles oculaires, ni troubles du sommeil ou de la veille, ni manifestations végétatives; par contre, il existait chez tous 3 des signes pyramidaux importants.

L'examen histologique a révélé des symptômes très particuliers : processus inflammatoire avec réaction mésenchymateuse en foyers et nodules névrogliques prédominant dans la substance grise, plus rares dans la substance blanche; ces lésions étaient étendues de façon diffuse sans épargner aucun domaine. Cette diffusion du processus permet de parler de pan-encéphalomyélite et différencie nettement cette maladie de l'encéphalite léthargique.

Il ne semble pas cependant s'agir d'une maladie nouvelle et P. croit pouvoir l'identifier avec les cas publiés d'encéphalite japonaise observés en 1928 au Japon puis en 1933 dans plusieurs régions de l'Amérique du Nord.

Cliniquement, cette affection débute par des prodromes tels que céphalée, vomissements, vertiges, somnolence. Puis survient une agitation psychomotrice avec confusion mentale, parfois en peu d'heures se produit un coma mortel. Dans d'autres cas c'est le tableau d'une méningite grave qui se constitue. Particulièrement fréquentes, outre les signes méningés, sont les manifestations d'excitation motrice : secousses convulsives, myoclonies, accès de tremblement, mouvements athétoïdes. Parfois, on note des contractures généralisées. Ultérieurement, surviennent des parésies pyramidales et extra-pyramidales et souvent des phénomènes bulbaires.

Des signes de réaction des organes hématopoïétiques sont fréquents.

La courbe fébrile est peu caractéristique.

Le pronostic est variable selon l'intensité des symptômes : mort en 24-48 h., guérison après 5 à 10 jours de fièvre. En tout cas, on n'a jamais signalé de séquelles parkinsoniennes.

L'agent pathogène est inconnu.

La comparaison des signes cliniques et surtout histologiques observés à Hambourg et chez les malades japonais et américains amène P. à conclure à l'identité des deux affections.

G. Dreyfus-Sée.

**S. Werner** (Freiburg). ***Les types de bacilles diphtériques et l'évolution clinique de la diphtérie chez l'enfant*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 30, 29 Juillet 1938, p. 1141-1143). — Chez 184 enfants hospitalisés dans un service de diphtérie, le type de bacille fut identifié 134 fois. Il s'agissait 84 fois de bacilles longs, 42 fois de bacilles moyens, et 8 fois de bacilles courts. La répartition clinique des cas de diphtérie en cas graves et cas moyens comporte pour chaque groupe une proportion analogue des microbes : 2 fois plus souvent les bacilles longs que les moyens.

Il n'a donc pas semblé qu'on puisse attribuer à un des types bacillaires les formes graves, alors que l'autre serait responsable des cas plus bénins.

En général, le type bacillaire restant identique pendant toute l'affection, une variation du bacille n'a été observée que dans 9,7 pour 100 des cas. Quant à la notion de surinfection par des bactéries diverses, elle n'a pas paru jouer de rôle chez les 184 enfants observés.

La durée des ensemencements positifs après la maladie a paru nettement prolongée dans les cas à bacilles longs. La durée moyenne de persistance des bacilles dans le rhino-pharynx des malades ayant ou non subi un traitement désinfectant local n'a pas dépassé 4 semaines dans 85 pour 100 des cas.

G. Dreyfus-Sée.

**W. Schulz.** ***La bradycardie de l'entraînement sportif*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 33, 19 Août 1938, p. 1266-1267). — Au cours de l'entraînement sportif l'adaptation cardiaque fonctionnelle se manifeste par une hypertrophie du muscle cardiaque et un ralentissement de son rythme. Cette bradycardie du cœur sportif est peut-être explicable par une vaso-dilatation au niveau des muscles périphériques hypertrophiés ralentissant la circulation périphérique. Cependant il est très important pour le médecin du sportif de ne pas se contenter de l'auscultation cardiaque au repos complété par la numération des pulsations au repos et après travail pour apprécier la tolérance cardiaque et son adaptation à l'entraînement. Certains sujets présentant une hypertonie du vague pourraient ainsi être considérés à tort comme présentant une particulièrement bonne adaptation circulatoire. Ces individus souvent atteints d'asthénie constitutionnelle, mais doués d'amour-propre excessif, peuvent ainsi être encouragés par le médecin à tenter des performances sportives dangereuses pour eux.

L'examen des candidats devra donc comporter, outre les épreuves cardiaques et circulatoires, un examen soigneux du système végétatif et, si possible, un examen électrocardiographique qui permettront de préciser la part du système circulatoire proprement dit dans la détermination de la bradycardie physiologique des sportifs.

G. Dreyfus-Sée.

**K. Grunert.** ***Les migraines oculaires des enfants et des adolescents*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 35, 2 Septembre 1938, p. 1337-1341). — Les observations de G. l'amènent à incriminer les facteurs oculaires dans l'étiologie des migraines juvéniles beaucoup plus fréquemment que ne semblent l'admettre les publications habituelles sur ce sujet.

197 cas de migraines guéris par un traitement oculaire permettent d'insister sur la nécessité d'y

recourir systématiquement dès qu'un trouble de l'accommodation ou de la vue permet de penser à cette étiologie.

Outre la thérapeutique des troubles visuels par le port de verres correcteurs, G. recommande le traitement rééducateur de la musculature oculaire par des exercices appropriés ainsi que par un traitement médicamenteux par la pilocarpine. L'efficacité de ces thérapeutiques est indépendante des facteurs héréditaires de l'affection et paraît persister lorsqu'il s'agit d'équivalents migraineux.

G. Dreyfus-Sée.

**Lemmel.** ***Déficit en vitamine C et activité générale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 36, 9 Septembre 1938, p. 1381-1382). — Une expérience a été poursuivie durant l'hiver 1937-1938 sur 110 enfants sourds-muets hospitalisés dans un asile et vivant dans des conditions absolument identiques.

Ces enfants, qui recevaient une alimentation relativement pauvre en vitamine C, ont été partagés en 2 groupes égaux, l'un d'entre eux recevant quotidiennement 100 *mg.* d'acide ascorbique en supplément de la ration. Ainsi les sujets du premier groupe sont relativement carencés alors que ceux du second ont une ration en vitamine C normale.

Or ces enfants n'ont différé ni dans leur développement général, ni dans leur croissance, ni dans leur résistance vis-à-vis des maladies.

Par contre, une différence nette a été notée par les instituteurs en ce qui concerne le rendement de travail et l'activité des 2 groupes, les carencés se montrant, à ce point de vue, nettement inférieurs à ceux qui recevaient une dose suffisante de vitamine C.

G. Dreyfus-Sée.

**Reiners.** ***Les formes initiales de la maladie de Biermer et leurs frontières cliniques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 36, 9 Septembre 1938, p. 1382-1385). — Les limites du tableau clinique de maladie de Biermer tendent à se préciser depuis quelques années. A côté de l'anémie sanguine pernicieuse on attribue une grande importance aux lésions atrophiques de la muqueuse linguale, aux troubles sécrétoires du tube digestif et aux manifestations dégénératives du système nerveux central.

Cependant ces divers symptômes peuvent demeurer isolés assez longtemps, constituant des formes initiales de la maladie qu'il importe de dépister précocement. En particulier toute achylie réfractaire à l'épreuve histaminique, survenant chez des sujets de 40 à 60 ans et s'accompagnant de paresthésies et de déficiences motrices, doit faire penser à un début de syndrome biermérien. L'institution immédiate de l'hépatothérapie peut amener une régression des symptômes et éviter l'apparition des manifestations sanguines. De même, une glossite persistante, douloureuse, a pu guérir par l'hépatothérapie, alors que l'image sanguine était demeurée tout à fait normale.

Des syndromes asthéniques, nerveux, neurasthéniques, dissimulent aussi la maladie de Biermer qu'un examen complet, comportant en particulier la recherche de l'achylie et la mensuration des érythrocytes, permettrait de déceler et de traiter efficacement.

G. Dreyfus-Sée.

**P. Martini.** ***Les thérapeutiques de l'hypertension essentielle, en particulier le régime déchloruré*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1409-1414). — Nombre de traitements ont été proposés pour réduire les hypertensions essentielles : traitements médicamenteux variés, méthodes de suggestion, etc.

Ces diverses méthodes présentent, sur le régime déchloruré, l'avantage de ne pas exiger une transformation des habitudes de vie du malade, et c'est peut-être ce qui explique leur succès auprès des malades et des médecins.

Cependant les difficultés et les obstacles à ce régime peuvent être vaincues, et M. qui l'a prescrit à de nombreux sujets a réussi à le leur faire accepter durant de longues années sans incidents notables.

Leur appétit moins bon qu'avec une alimentation chlorurée demeure pourtant suffisant et d'ailleurs la teneur en HCl de leur estomac ne paraît pas influencée.

M. conclut de ses observations à l'efficacité réelle du régime strictement déchloruré en ce qui concerne l'hypertension et les accidents qu'elle entraîne. Parmi les malades, certains supportent, après la cure stricte, la reprise de petites doses de sel, d'autres ne tolèrent absolument pas le régime même faiblement chloruré. Malgré la rigueur de cette diététique, M. insiste sur son extension que justifie son efficacité.

G. Dreyfus-Sée.

**Staehelin.** ***Agranulocytose et panmyélophtisie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1419-1423). — Ces deux affections, connues depuis 1922 après les descriptions de W. Schultz pour l'agranulocytose et de E. Frank pour la panmyélophtisie, demeurent encore peu connues des praticiens, de telle sorte que leur diagnostic est souvent porté tardivement.

S. rappelle rapidement les signes essentiels des 2 syndromes hématiques :

1. *Agranulocytose* avec leucopénie notable portant surtout sur les granulocytes et syndrome clinique caractérisé par les nécroses des muqueuses surtout tonsillaires et buccales s'accompagnant d'un état septique grave, hyperpyrétique, de pronostic souvent mortel;

2° *Panmyélophtisie* comportant une agranulocytose à laquelle s'ajoute une diminution des globules rouges et des plaquettes entraînant des hémorragies de la peau et des muqueuses.

On s'est demandé s'il s'agissait réellement d'affections essentielles ou s'il n'existait pas une réaction anormale de la moelle osseuse au cours d'affections aiguës.

La question du rôle des intoxications médicamenteuses s'est également posée; en particulier, le pyramidon a été accusé d'être à l'origine de quelques cas. Cependant des observations de maladies survenant sans prises médicamenteuses, ainsi que la rareté des cas observés opposés à la fréquence de l'emploi des médications incriminées, ne permet pas d'admettre cette étiologie univoque.

Quelques cas cités par S. font soupçonner une prédisposition constitutionnelle. Sur ces terrains prédisposés, l'apparition d'une infection banale ou une intoxication déclencherait le syndrome agranulocytaire ou la panmyélophtise. Le déclenchement a pu être provoqué par des maladies variées : diabète, tuberculose, cirrhose hépatique, anémie chronique.

Ces notions étiologiques amènent à des conclusions prophylactiques et thérapeutiques. Pour éviter les cas mortels d'agranulocytose et de panmyélophtisie, il importe en effet :

1° Si un sujet présente une leucopénie habituelle, lui recommander d'éviter tous les médicaments hypnotiques, sédatifs ou analgésiques, en particulier ceux contenant du pyramidon. L'apparition d'une maladie fébrile doit faire surveiller de près la teneur du sang en globules blancs nucléés.

2° Avant d'autoriser une médication prolongée par ces divers médicaments, ainsi qu'avant un traitement par les produits arsenicaux, une numération leucocytaire doit être pratiquée.

Certes la thérapeutique à l'aide de ces médications utiles ne doit nullement être limitée par la possibilité rare de complications sanguines, mais le médecin averti portera le diagnostic précoce de leur apparition et pourra ainsi instituer un traitement efficace par tranfusions sanguines auxquelles S. conseille d'ajouter les nucléotides.

G. Dreyfus-Sée.

**Reisner.** ***Résultats durables après résection prostatique par électro-chirurgie transurétrale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 38, 23 Septembre 1938, p. 1467-1468). — L'une des principales objections faites aux méthodes de résection prostatique transurétrale est la possibilité de récidives aux dépens des tissus prostatiques persistants et susceptibles de s'hypertrophier de nouveau.

Il paraît donc intéressant de rechercher le pourcentage de ces récidives chez des malades opérés par la méthode électro-chirurgicale transurétrale et surveillés durant plusieurs années.

Cette statistique établie sur 100 malades, revus après des délais variant de 6 mois à 6 ans, a montré que 88 pour 100 des opérés n'avaient présenté aucun trouble urinaire nouveau. R. insiste donc sur les avantages de la méthode et nie la fréquence des récidives post-opératoires.

G. Dreyfus-Sée.

**O. Scheurer.** ***Hémoptysies au cours des sténoses mitrales et considérations sur les autres hémorragies pulmonaires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 39, 30 Septembre 1938, p. 1514-1519). — Plusieurs observations cliniques montrent la fréquence des hémoptysies d'abondance variable chez des malades atteints de sténose mitrale presque compensée. Les éléments du diagnostic différentiel avec les autres hémorragies pulmonaires sont envisagés et S. insiste sur les conditions dans lesquelles surviennent habituellement les hémoptysies chez les mitraux; elles se produisent surtout chez des sujets relativement jeunes, après des efforts physiques ou une émotion vive; la quantité de sang varie de quelques centimètres cubes à plusieurs centaines de centimètres cubes.

Souvent l'hémoptysie brusque est la première manifestation apparente de la sténose mitrale. L'examen du malade, la notion étiologique de la lésion cardiaque, permettent de rattacher à sa cause réelle cet accident hémoptoïque apparemment isolé.

G. Dreyfus-Sée.

**W. Schultz.** ***Septicémie puerpérale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 85, n° 40, 7 Octobre 1938, p. 1537-1541). — L'extension d'un foyer infecté d'abord localisé autour d'un vaisseau détermine la septicémie. La reconnaître est habituellement aisé, mais il peut être plus difficile d'identifier le germe causal. Celui-ci est cependant décelable dans le sang si on a soin de pratiquer les recherches en apportant immédiatement le sang prélevé au laboratoire.

L'interprétation des hyperthermies survenant après des accouchements normaux ou après des avortements est différente. Dans le dernier cas il peut s'agir d'une bactériémie simple émanant du foyer constamment infecté de l'avortement. Seules les bactériémies survenant chez des femmes dont l'utérus a été bien curetté doivent faire porter le diagnostic de septicémie.

Le traitement médical tenté dans de nombreux cas a fourni à S. des résultats décevants. Il admet que son pourcentage de succès ne dépasse pas le chiffre de 25 pour 100 qui correspond au pourcentage de guérisons spontanées.

Le traitement demeurerait donc chirurgical essentiellement. De simples ponctions du foyer infecté à travers le vagin ont fourni fréquemment des résultats satisfaisants. Dans d'autres cas l'ablation totale du foyer est nécessaire.

La ligature veineuse a constamment échoué dans les septicémies puerpérales vraies, ce qui tient vraisemblablement au fait que le foyer infecté est ainsi isolé, mais non extirpé.

G. Dreyfus-Sée.

**H. Schwan.** ***Gangrène expérimentale par thermothérapie locale et anesthésie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 40, 7 Octobre 1938, p. 1546). — Ces recherches ont été entreprises après une observation accidentelle de gonflement œdémateux avec gangrène du tissu cellulaire sous-cutané après injection locale d'une solution de novocaïne suivie d'un traitement par l'air chaud. Ce traitement avait été prescrit chez un malade présentant une ancienne luxation d'un doigt avec des phénomènes de contractures. La nuit suivante l'œdème apparaissait et la gangrène locale progressait rapidement les jours suivants. Pour établir la relation de cause à effet entre ces divers phénomènes, S. a injecté une solution de novocaïne dans une des oreilles d'un lapin, puis soumis les 2 oreilles de ce lapin à l'action d'une source de chaleur de 60°. Il a observé du côté préalablement injecté un œdème considérable avec nécrose de toute l'oreille alors que le côté opposé demeurait indemne.

Il est probable que ces manifestations correspondent à une coagulation massive des tissus soumis à une température élevée, alors que leur régulation calorique est troublée par l'infiltration entraînant des modifications circulatoires et peut-être aussi nerveuses.

Ces faits doivent être retenus lorsqu'il s'agit de prescrire un traitement par hyperthermie locale chez un sujet ayant récemment subi une anesthésie à ce niveau.

G. Dreyfus-Sée.

## WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Vienne)

**Pötzl.** ***Mésencéphale et folies périodiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 32, 12 Août 1938, p. 845-849). — P. s'attache ici essentiellement à la psychose périodique maniaco-dépressive, ainsi qu'aux états mélancoliques à tendance récidivante de l'âge critique et des années suivantes. Il rappelle l'absence de substratum anatomo-pathologique connu, et la vieille conception de Meynert suivant laquelle il s'agit de perturbations périodiques de l'innervation vaso-motrice. L'existence de certains états mixtes, dans lesquels la manie s'allie à la dépression ou à la mélancolie (« hyper- et hypothymie » concomitantes), suggère une analogie avec la pathologie du corps thyroïde où l'on voit coïncider hyper- et hypothyroïdie et l'hypothèse que, de même que l'hormone thyréotrope se retrouve aussi bien dans le mésencéphale que dans l'hypophyse, les troubles psychiques en question peuvent avoir une origine mésencéphalique.

P. cherche à étayer cette opinion en s'appuyant d'une part sur certaines constatations opératoires au cours d'interventions portant sur le mésencéphale et d'autre part sur certaines analogies symptomatiques qu'il relève dans le tableau clinique de syndromes proprement mésencéphaliques tels que la schizophrénie et certains syndromes postencéphalitiques.

Basch.

**Shotsky.** ***Traitement de la syphilis nerveuse par la thyroxine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 32, 12 Août 1938, p. 849-853). — De même que les autres thérapeutiques (pyrétothérapie, etc.) la thyroxine influe sur le système réticulo-endothélial, stimulant les forces de défense de l'organisme, mais elle a la supériorité d'agir sur le métabolisme de base, et de stimuler les échanges; en outre elle est fortement sympathicotonique. En administrant des doses convenables (30 à 50 *mg.* en injections intramusculaires de 5 *cg.* d'abord quotidiennes, puis espacées de 2 à 3 jours), de façon à obtenir une accélération du pouls de 100 à 120 à la minute, on rend l'organisme sensible à la thérapeutique spécifique (As et Bi). Il est prudent de surveiller l'apparition des signes d'hyperthyroïdie et, à l'issue du traitement, de pratiquer une thérapeutique antagoniste.

Sur 5 cas de P. G., 2 ont été considérablement améliorés, et 2 l'ont été sensiblement.

Basch.

**Denk.** ***Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 979-98 ). — Après quelques considérations générales sur l'état actuel de la thérapeutique de l'H. A. par la chirurgie, D. résume 11 observations concernant des hypertendus traités par les diverses méthodes chirurgicales connues. Chez un malade, exitus post-opératoire, l'autopsie révèle une bacillose rénale; chez 3 malades échec après énervation simple du rein (avec ou sans décapsulation); chez 2 malades, échec après résection unilatérale des splanchniques combinée à la résection partielle du ganglions cœliaque et à celle des ganglions de la chaîne sympathique correspondant à $L_1$ et $L_2$ (opération de Craig et Adson). Chez 3 malades ayant subi en outre la résection partielle d'une surrénale échec partiel (amélioration des troubles subjectifs, mais pas de modification de la tension artérielle).

Chez 2 malades seulement, traités par la résection bilatérale des splanchniques, et la résection partielle d'une surrénale, on peut observer une chute durable de tension artérielle (1 an).

Basch.

**Schürer.** ***La thyroïdectomie totale chez les cardiaques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **51**, n° 37, 16 Septembre 1938, p. 1009-1010). — S. rappelle les beaux succès opératoires obtenus dans les thyréotoxicoses et insiste sur l'intérêt qu'il y a à rechercher avec soin, chez les cardiaques, les signes d'hyperthyroïdie. Il rappelle 3 observations de malades atteints de cardiopathies décompensées (insuffisance mitroaortique, myocardite, etc.) et porteurs d'adénomes thyroïdiens; chez ces sujets gravement touchés et qui ne réagissaient plus aux médicaments usuels, le fonctionnement cardiaque fut merveilleusement amélioré dès les premières heures qui suivirent l'opération.

En ce qui concerne les cardiopathies sans signes d'hyperthyroïdie et avec corps thyroïde semblant normal, S. publie une statistique de 30 cas opérés. Sur ces 30 cas, 11 furent très sensiblement améliorés: il s'agissait, là encore, de malades porteurs de cardiopathies valvulaires gravement décompensées chez lesquels la thérapeutique médicale restait sans résultats et que la nécessité de maintenir au régime restreint et au lit avait réduits à un état de dénutrition et de cachexie extrêmes.

12 malades ne furent que peu améliorés et chez 6 l'échec fut total.

S. note que ces sujets, en dehors des lésions constatées chez les malades de la première série, présentaient des lésions du myocarde et un degré plus ou moins accusé de sclérose coronarienne et d'athérome des gros vaisseaux, lésions qui constituent une contre-indication formelle à la thyroïdectomie. Par contre, sur 5 malades atteints d'angine de poitrine, 3 virent disparaître complètement leurs accès, et l'opération eut également une action rapide et favorable sur l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire concomitant.

Basch.

## WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Vienne)

**Matis.** ***L'angine agranulocytaire récidivante*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **88**, n° 38, 17 Septembre 1938, p. 1006-1008). — M. a eu l'occasion d'observer 6 cas d'angine agranulocytaire parmi lesquels 4 entraînèrent la mort en peu de jours ; les autres malades, qui guérirent, sans d'ailleurs qu'on ait utilisé une thérapeutique spéciale, présentèrent l'un 6 mois, l'autre 2 ans après, une récidive mortelle. M. en conclut que l'avenir des sujets ayant guéri d'une première manifestation agranulocytaire doit être considéré comme fort menacé, et qu'il serait intéressant de surveiller régulièrement chez ces gens la formule sanguine. Il discute également la question de la tonsillectomie comme traitement préventif des récidives ; il lui semble que dans les 2 cas précités où l'angine a été le symptôme initial et de premier plan il eût été logique de pratiquer l'intervention.

Basch.

**Bassi.** ***La mesure photométrique de la densité optique dans le diagnostic différentiel des exsudats et des transsudats*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 40, 1er Octobre 1938, p 1052-1056). — B. estime que l'on possède, dans la méthode photométrique consistant à mesurer la densité optique, un procédé rapide, sûr et simple de différencier les exsudats (D. O. élevée, aux environs de 100) et les transsudats (D. O. basse, au-dessous de 60). B. observe un parallélisme absolu avec la réaction de Rivalta, et on peut suivre par l'élévation progressive de la D. O. la transformation de certains épanchements de nature primitivement transsudative en exsudats.

La D. O. dépend en majeure partie de la teneur du liquide en éléments figurés, teneur beaucoup plus élevée pour les exsudats (2.000 par $mm^3$) que pour les transsudats (300 par $mm^3$); la centrifugation ou la filtration de 2 liquides de nature différente a donc pour résultat de ramener leur D. O. à un chiffre très voisin (entre 9 et 15). Cependant la D. O. dépend aussi pour une faible part de la présence de substances qui ne peuvent être éliminées par un simple filtrage ou une centrifugation.

La mesure de la D. O. concorde aussi avec celle de la viscosité qui ne dépend pas seulement de la présence de colloïdes, mais aussi, comme la première, de la teneur en éléments cellulaires.

Basch.

## ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
### (Leipzig)

**Müller.** ***Les rapports du diabète sucré avec la tuberculose pulmonaire et intestinale*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 80, n° 5, Août 1938, p. 281-306). — Ce travail s'appuie sur 125 observations de tuberculeux diabétiques hospitalisés en l'espace de 7 ans au sanatorium de la ville de Berlin, et constituant 1,7 pour 100 du nombre total de malades. Contamination familiale ou hérédité pouvaient être incriminées dans 31 pour 100 des cas pour la tuberculose, dans 22 pour 100 des cas pour le diabète. Dans 4/5 des cas, le diabète a précédé la tuberculose de plusieurs années ; quand, par contre, la tuberculose est apparue en premier, l'évolution est particulièrement rapide.

La tuberculose hématogène est relativement rare, par rapport au nombre de tuberculoses en foyer. M. n'a pu trouver d'aspect radiologique caractéristique.

Enfin, il semble que la tuberculose intestinale soit également plus rarement observée dans les cas d'association morbide. M. croit pouvoir trouver

dans la teneur en vitamines du régime de ces malades une cause possible à cet effet.

Basch.

**Nüss.** ***L'infection d'origine bovine dans la tuberculose pulmonaire et les possibilités de culture du bacille bovin*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **80**, n° 5, Août 1938, p. 306-312). — L'infection d'origine bovine chez les tuberculeux pulmonaires est moins rare que ne le pensait Koch: la proportion, d'après les cas publiés dans la littérature, serait de 3,36 pour 100. N. en a observé 2 cas sur 118 malades examinés à ce point de vue. Le milieu de culture de choix est celui de Petragnani sans glycérine: le milieu de Löwenstein et celui de Petragnani à la glycérine peuvent être utilisés, mais sont moins favorables.

Basch.

### *AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF SURGERY*

**I. J. Wood** (Melbourne). ***Traitement de l'iléus paralytique par un procédé nouveau*** (*Australian and New Zealand Journal of Surgery*, vol. **7**, n° 4, p. 340-350). — W. envisage le traitement de l'iléus paralytique dont il rapporte un cas typique. Sa méthode consiste à introduire par une narine, dans l'estomac du malade, un long tube assez mince, relié d'une part à un bocal de sérum et, d'autre part, à un appareil aspirateur.

Grâce à ce dispositif, des liquides sont introduits dans l'estomac (sérum glucosé, salé, etc.), en quantités déterminées. En même temps on vide l'estomac, par aspiration, dès que des sensations nauséeuses se produisent.

Un bilan est alors établi entre les quantités de liquide introduites et retirées de l'estomac. Ce bilan est constamment négatif.

La déperdition de liquide ainsi subie, et mesurée, est compensée par une injection intraveineuse continue de liquide de Ringer additionné de 5 pour 100 de glucose. Cette injection est pratiquée grâce à une canule de verre introduite dans la saphène.

Paul Banzet.

### *THE LANCET*
### *(Londres)*

**R. Deanesly** et **A. S. Parkes.** ***Résultats expérimentaux de l'implantation sous-cutanée de tablettes d'hormone*** (*The Lancet*, n° 6002, 10 Septembre 1938, p. 606-608). — D. et P., chez le cobaye, ont implanté directement dans le tissu cellulaire sous-cutané des hormones, soit sous forme de tablettes comprimées, soit sous une forme cristallisée.

L'œstrone et le testostérone sont les deux hormones qui se prêtent le mieux à ce mode d'administration. Les résultats expérimentaux sont les mêmes que ceux que l'on obtient par injection de ces substances.

L'absorption se fait lentement. Les tablettes sont de 100 *mg*. L'absorption en un mois est de 2,5 à 10 pour 100 pour l'œstrone, de 15 pour 100 pour le propionate de testostérone, de 25 pour 100 pour le testostérone. La rapidité de l'absorption dépend aussi de la forme de la tablette. Pour augmenter la quantité d'hormone absorbée, il suffit d'insérer plusieurs tablettes.

Cette technique est à recommander quand on veut étudier l'effet prolongé d'une hormone.

André Plichet.

**Harold Scarborough** et **C. P. Stewart.** ***Effets de l'Hespéridin (vitamine P) sur la fragilité des capillaires*** (*The Lancet*, n° 6002, 10 Septembre 1938, p. 610-612). — Les travaux de Szent Gyorgyi ont montré l'action de la vitamine P sur la régulation de la perméabilité des capillaires. La vitamine P, qui depuis a été identifiée avec l'hespéridin, flavone tirée de l'écorce du citron et de l'orange à l'état de glucoside, a d'abord été expérimentée sur des cobayes scorbutiques ou carencés en vitamine C.

S. et S., à leur tour, l'ont expérimentée chez l'homme. L'hespéridin, non seulement diminue le nombre et l'intensité des hémorragies provoquées chez des sujets atteints d'avitaminose, mais elle a encore une action sur les hémorragies spontanées des sujets soumis à un traitement par l'arsenic ou le bismuth.

L'hespéridin se donne par la bouche à la dose de 1 *g*. par jour pendant 5 à 10 jours.

André Plichet.

**R. S. Aitken.** ***La durée de l'action de l'insuline-protamine-zinc*** (*The Lancet*, n° 6005, 12 Octobre 1938, p. 768-770). — Ces études ont été faites peu de temps après l'introduction de l'I. P. Z. en Angleterre.

En plaçant des diabétiques à un régime constant, c'est-à-dire en leur donnant un repas toutes les 3 heures, l'effet maximum de l'I. P. Z. se fait 3 à 6 heures après l'injection et son action, pour les doses variant entre 15 et 100 unités, dure pendant 15 à 60 heures.

Mais l'I. P. Z. n'a pas toujours cette régularité mathématique. En effet, des variations peuvent s'observer. Elles dépendent soit de la gravité du diabète, soit des tissus et de leur vascularisation au niveau du siège de l'injection, soit aussi peut-être de la préparation du médicament.

André Plichet.

### *THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES*
### *(Philadelphie)*

**H. A. Weiner** et **R. Tennant.** ***Etude statistique de la pancréatite hémorragique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **196**, n° 2, Août 1938, p. 167-177). — Sur un total de 4.000 autopsies, faites à l'hôpital de Newhaven, on a trouvé 38 (1 pour 100) cas de pancréatite hémorragique et 97 (2,4 pour 100) cas de pancréatite chronique. Dans 66 pour 100 des cas aigus on relevait l'alcoolisme comme facteur étiologique associé. Dans 16 pour 100 des cas il existait une maladie des voies biliaires extra-hépatiques.

D'autre part, chez 51 sujets ayant succombé au cours d'un épisode alcoolique aigu, 27 (53 pour 100) présentaient des lésions pancréatiques, aiguës chez 25, chroniques chez 2. Dans 41 cas d'alcoolisme chronique il existait 19 fois (47 pour 100) des lésions pancréatiques, toujours de nature chronique. Parmi 51 cas de cirrhose périportale 25 (49 pour 100) montraient des lésions pancréatiques. Parmi 343 cas de maladies des voies biliaires extra-hépatiques, on a noté 6 cas de pancréatite aiguë et 21 de pancréatite chronique, soit une fréquence de 1,8 et de 6,1 pour 100 respectivement.

Trois cas sont relatés qui montrent que la présence d'un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater, avec formation d'un canal bilio-pancréatique commun, n'est pas suivie nécessairement de pancréatite.

Ces documents montrent que l'existence d'une maladie des voies biliaires est d'une fréquence significative dans la pancréatite, mais l'existence de la pancréatite dans les maladies des voies biliaires n'est que rarement constatée, sa fréquence ne dépasse guère celle que l'on note dans une série générale d'autopsies. Si ces données n'apportent pas d'éclaircissements à la pathogénie de la pancréatite aiguë hémorragique, elles indiquent tout au moins la complexité du problème.

P.-L. Marie.

### *THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*
### *(Chicago)*

**J. Sharpe** et **H. Davis.** ***Violentes réactions après transfusion dans l'ictère hémolytique ; deux observations*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 25, 18 Juin 1938, p. 2053-2056). — S. et D. rapportent deux cas intéressants de réactions violentes apparues 48 heures après une transfusion importante de sang citraté chez des malades atteints d'ictère hémolytique. Dans les deux cas, la transfusion avait été faite au cours d'une crise hémolytique intense, et cette réaction s'était manifestée par des douleurs abdominales violentes, une augmentation de volume de la rate avec douleurs spléniques, et accentuation de la déglobulisation. Dans un des cas, la splénectomie fut faite d'urgence, mais la mort survint par thrombose splénique.

Ces réactions avec du sang parfaitement compatible ne sont pas exceptionnelles dans l'ictère hémolytique ; la pathogénie n'en est pas connue avec exactitude, mais leur fréquence doit inciter à la prudence pour les transfusions chez les ictériques hémolytiques.

R. Rivoire.

**Ch. Kaplan.** ***Thrombose de la veine axillaire; cinq observations, avec des commentaires sur son étiologie, sa pathologie et son diagnostic*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 25, 18 Juin 1938, p. 2059-2064). — Les thromboses de la veine axillaire sont un accident rare, qui survient d'ordinaire à la suite d'un effort violent et brutal, et dans lequel l'infection ne semble jouer aucun rôle. Le diagnostic se base sur les symptômes suivants :

1° Enflure et cyanose du bras dans les heures qui suivent l'accident ;

2° L'absence de fièvre et de signes d'inflammation locale ;

3° L'absence d'affaissement des veines superficielles quand le bras malade est porté à la hauteur du cœur ;

4° L'augmentation de la pression veineuse du côté malade ;

5° La présence de nombreuses veines superficielles, soit à l'examen direct, soit par photographie infra-rouge.

Le pronostic de cette affection est bon. La durée habituelle en est de 1 à 2 mois.

Le traitement se résume en repos, immobilisation, compresses chaudes.

R. Rivoire.

**J. Rogoff** et **E. Marcus.** ***Le rôle supposé des surrénales dans l'hypertension; étude expérimentale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **110**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 2127-2132). — R. et M. exposent dans cet article les résultats de nombreuses recherches expérimentales sur le rôle possible d'un excès de sécrétion d'adrénaline dans la pathogénie de l'hypertension artérielle. Ils ont constaté les faits suivants :

1° L'injection continue de fortes doses d'adrénaline n'augmente pas la sécrétion d'adrénaline par les surrénales ;

2° L'adrénaline injectée disparaît très rapidement du sang des animaux (1 à 10 minutes) ;

3° L'injection continue de fortes doses d'adrénaline aboutit rapidement à la mort chez les animaux d'expériences.

Ces recherches démontrent que l'hypersécrétion d'adrénaline ne peut être à l'origine de l'hypertension (sauf dans les cas de tumeur chromaffine). Mais elles ne démontrent pas l'absence d'action du cortex surrénal, dont le rôle est beaucoup plus vraisemblable que celui de l'adrénaline. C'est pour-


DRYCO

quoi il nous semble difficile de rejeter en bloc, comme le fait R., toutes les tentatives thérapeutiques chirurgicales ou radiothérapiques dirigées sur les surrénales.

R. Rivoire.

**A. Vignec** et **J. Paul.** ***Le virus poliomyélitique dans les selles humaines*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 1, 2 Juillet 1938, p. 6-11). — Dans un cas de poliomyélite légère, non paralytique, les auteurs ont trouvé le virus dans les selles du malade à partir du 3e jour et jusqu'au 24e jour. Ce virus était suffisamment virulent pour déterminer la maladie expérimentale chez le singe par voie intra-péritonéale, sans recourir à l'inoculation intra-cérébrale. Enfin, il demeurait viable après que les selles aient séjourné 10 semaines au frigidaire.

Ces faits sont importants parce qu'ils permettent de penser, qu'en période d'épidémie, les formes légères et souvent méconnues de poliomyélite peuvent être responsables de la pollution des eaux et facilitent la propagation de la maladie.

Dans trois autres cas, les auteurs ont trouvé le virus de la poliomyélite dans le nasopharynx des malades. Là aussi, il s'agissait de formes légères de l'affection.

R. Rivoire.

**C. Moore, J. Lamar** et **N. Beck.** ***L'absorption cutanée des hormones sexuelles*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 1, 2 Juillet 1938, p. 11-14). — M., L. et B. ont étudié l'absorption par voie cutanée des hormones sexuelles mâles et femelles, chez le cobaye et chez le rat. Voici les conclusions de leurs recherches :

1° Le testostérone ou le propionate de testostérone est parfaitement absorbé par la peau ; il maintient à leur état normal les organes génitaux accessoires des mâles castrés, il stimule précocement le développement génital chez les jeunes, il détermine un développement excessif chez les adultes ;

2° Ces androgènes déterminent, chez les animaux traités, les mêmes modifications somatiques qu'une injection parentérale : c'est-à-dire, qu'ils produisent des lésions testiculaires chez le mâle jeune ;

3° Les produits œstrogènes commerciaux (pâte épilatoire) sont également facilement absorbés. Ils déterminent le développement mammaire des cobayes mâles, ils produisent l'œstrus chez les femelles castrées, ils diminuent de 80 pour 100 le poids des testicules et de 90 pour 100 celui des vésicules séminales des jeunes rats mâles.

R. Rivoire.

**R. Nomland, E. Skolnik** et **L. Maclellan.** ***Ictère au cours du traitement de la syphilis par des composés bismuthiques; report de 32 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 1, 2 Juillet 1938, p. 19-21). — N., S. et M. ont observé 75 cas de jaunisse au cours du traitement de la syphilis. Parmi ceux-ci, 32 semblaient dus à des composés bismuthiques, l'ictère apparaissant au maximum 6 semaines après la fin du traitement. Dix de ces malades n'avaient jamais eu d'autre thérapeutique que le bismuth, et les autres avaient reçu du novarsénobenzol, mais au moins 12 semaines avant le début de la jaunisse. Tous les malades guérirent de leur ictère, qui persista parfois 6 semaines ou même davantage. La plupart d'entre eux reçurent d'ailleurs ultérieurement un nouveau traitement bismuthique, sans accident.

R. Rivoire.

**H. Cutler, M. Power** et **R. Wilder.** ***Concentration du chlore, du sodium et du potassium dans l'urine et le sang; leur signification diagnostique dans l'insuffisance surrénale*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 2, 9 Juillet 1938, p. 117-122). — C. P. et W. ont étudié à la clinique Mayo la valeur diagnostique de l'hypochlorémie, de la diminution du sodium sanguin et de l'augmentation de la kaliémie dans la maladie d'Addison. Bien que ces tests aient une bonne valeur clinique, ils ne sont pas à leur avis absolument spécifiques ; aussi préconisent-ils plus particulièrement une épreuve simple, consistant à doser le chlore urinaire après 56 heures d'un régime pauvre en sodium et très riche en potassium, le chlore urinaire étant très fortement augmenté par rapport à celui des témoins dans ces conditions. Si nous sommes d'accord avec C., P., W., sur la valeur clinique de ce test, nous ne partageons pas leur avis sur son innocuité, car nous l'avons essayé chez 3 addisoniens seulement, et dans deux cas, nous avons ainsi déclenché une crise très grave d'insuffisance surrénale, qui n'a pu être jugulée que par de fortes doses de cortine. Aussi, ne conseillons-nous de recourir à ce test que dans les cas où le diagnostic clinique est impossible.

R. Rivoire.

**C. Aldrich, J. Stokes, W. Killingsworth** et **A. Guinness.** ***Le sérum humain concentré comme diurétique dans le traitement des néphroses; communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 2, 9 Juillet 1938, p. 129-134). — Chez six malades parmi neuf atteints de néphrose lipoïdique vraie qui furent traités pendant une crise œdémateuse par du sérum humain concentré, une diurèse complète et immédiate fut obtenue. Chez un malade, une diurèse incomplète et retardée survint, et dans 2 cas aucun résultat favorable ne fut obtenu. Chez 4 malades, non seulement la diurèse survint, mais encore les urines devinrent normales après quelques semaines de traitement.

Ces résultats encourageants incitent à de nouvelles recherches sur le mécanisme physiologique de l'action du sérum, et sur la dose optima.

R. Rivoire.

**C. Troland** et **F. Lee.** ***Le « thrombocytopénen », substance extraite de la rate des malades atteints de purpura thrombocytopénique idiopathique qui diminue le nombre des plaquettes sanguines*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 3, 16 Juillet 1938, p. 221-226). — T. et L. ont préparé, en partant de la rate de malades atteints de purpura thrombocytopénique, des extraits acétoniques qui, injectés aux animaux de laboratoire, déterminaient une chute marquée des plaquettes sanguines. Cette diminution des plaquettes est considérable, pouvant atteindre les 4/5 du chiffre initial, mais elle est temporaire, durant 20 à 25 heures seulement. En répétant les injections toutes les 24 heures, on peut d'ailleurs obtenir un abaissement permanent, une véritable thrombocytopénie expérimentale, avec augmentation du temps de saignement, mais pas de purpura vrai. Des extraits obtenus de la même façon en partant d'autres tissus ne déterminent aucune diminution du chiffre des plaquettes.

Ces expériences sont très intéressantes, car, si elles sont confirmées, elles projetteront une vive lueur sur la pathogénie du purpura thrombocypénique.

R. Rivoire.

**R. Kohn, S. Platt** et **S. Saltman.** ***L'antagonisme entre la picrotoxine et les barbituriques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 5, 30 Juillet 1938, p. 387-390). — La picrotoxine, qui n'était guère utilisée jusqu'ici qu'en physiologie, semble devoir entrer depuis quelque temps dans l'arsenal pharmacologique usuel. En effet, à la suite des recherches expérimentales de Tatum, Maloney et Koppanyi, il semble démontré que cette drogue est douée de remarquables propriétés antidotiques vis-à-vis des barbituriques. Chez l'homme, le traitement commence à avoir été essayé dans une centaine de cas d'intoxications barbituriques, à des doses parfois considérables, et il semble que dans l'ensemble les résultats obtenus ont été très favorables, nettement supérieurs à ceux de la strychnine.

K., P. et S. rapportent ici 4 nouveaux cas, avec un décès. Il s'agissait dans les 4 cas d'intoxication par des doses massives. L'un des malades guérit après avoir reçu la dose totale de 671 mg. de picrotoxine. Etant donné la difficulté considérable de fixer un pronostic exact dans les cas d'intoxication barbiturique, il faut attendre encore avant de se prononcer sur la valeur précise de cette nouvelle thérapeutique. Elle mérite cependant d'être essayée, parce qu'elle repose sur des bases expérimentales sérieuses, et parce qu'elle semble peu dangereuse.

R. Rivoire.

**S. Watson** et **C. Kibler.** ***La dilatation des bronches; une nouvelle conception de son étiologie qui rend sa prévention et sa guérison possibles*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 5, 30 Juillet 1938, p. 394-396). — Dans cet article un peu aventureux, W. et K. exposent une théorie allergique de la dilatation des bronches, qui est basée sur les faits suivants :

1° La grande majorité des bronchectiasiques présenteraient des manifestations cliniques d'allergie et auraient une proportion anormalement élevée d'éosinophiles dans leurs crachats.

2° La bronchite allergique présenterait les mêmes signes cliniques que la dilatation bronchique, sauf la présence de dilatation à la radiographie avec lipiodol.

Pour W. et K., cette bronchite allergique serait le premier stade de la bronchiectasie, et en soignant cette bronchite on éviterait l'apparition des dilatations bronchiques. Ce traitement anti-allergique pourrait encore être efficace dans les débuts de la bronchiectasie.

R. Rivoire.

## *NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*
## *(Amsterdam)*

**E. Dingemanse** et **E. Laqueur.** ***La présence de quantités anormalement grandes d'hormone mâle (hormone de croissance de la crête) dans l'urine de malades présentant une tumeur des surrénales*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 35, 27 Août 1938, p. 4166-4171). D. et L. ont eu l'occasion de constater dans plusieurs cas que l'hormone mâle était augmentée chez des femmes atteintes d'hirsutisme sans tumeur des surrénales. Les quantités trouvées ont varié de 75 à 125 et même 200 unités internationales par litre. Le même phénomène, mais plus marqué, a été constaté dans 3 cas de tumeur des surrénales. Dans l'un, il s'agit d'une femme de 40 ans, aménorrhéique depuis 6 mois ; la barbe a fortement poussé et le poids considérablement augmenté ; pression du sang 175/90. A la palpation, on sent une tumeur dans l'abdomen à droite et à l'opération, on constate vraisemblablement un hypernéphrome malin, avec métastase du foie. Dans l'urine, on a trouvé plus de 11.000 unités internationales de principe œstrogène et 1.000 unités internationales d'hormone mâle. L'urine recueillie quelques jours plus tard a donné des chiffres légèrement supérieurs. En outre, on a constaté 400 unités par litre d'hormone gonadotrope B.

Dans un second cas, il s'agit d'une femme de 49 ans présentant également de l'hirsutisme par hypernéphrome ; dans l'urine on retrouve 2.200 unités internationales d'hormone mâle, 100 unités internationales d'œstrone et moins de 400 unités d'hormone gonadotrope par litre d'urine.

La troisième observation concerne un homme de 34 ans dont l'urine contient 600 unités internationales d'hormone mâle et 1.000 unités internationales d'hormone femelle. Dans ces trois cas, le diagnostic de tumeur des surrénales a été vérifié à l'autopsie.

Normalement, chez les hommes comme chez les femmes, l'urine contient, d'après les recherches de D. et L., de 40 à 50 unités internationales d'hormone mâle par litre. Chez les femmes normales, non gestantes, le nombre d'unités de substance œstrogène par litre d'urine atteint 20 à 100. Cette proportion s'élève, au moment de la rupture du follicule, entre le 14e et le 16e jour après le début de la menstruation, à 300 et même à 600 unités par litre. Chez l'homme, cette concentration n'est que de 60 à 70 unités.

Dans 3 autres cas, l'augmentation du taux des hormones dans l'urine a permis d'assurer le diagnostic de tumeur des surrénales que les phénomènes cliniques avaient permis de soupçonner.

Il est possible que la substance ainsi retrouvée, en cas de tumeurs des surrénales, soit analogue à l'adrénostéron retrouvée par Reichstein dans les extraits de surrénales et douée de propriétés analogues à celles de l'androstérone, mais 5 fois plus faibles. Quoi qu'il en soit, cette méthode d'investigation paraît permettre de confirmer le diagnostic de tumeur des surrénales.

P.-E. Morhardt.

**E. Behr** et **J. Mulder.** ***Le cœur myxœdémateux*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **82**, n° 36, 3 Septembre 1938, p. 4303-4310). — Certains auteurs et notamment Zondek ont admis l'existence d'un « cœur myxœdémateux ». Cette conception a cependant rencontré des contradicteurs qui n'avaient pas eu l'occasion de faire une constatation identique ou qui n'avaient pas vu un traitement convenable des myxœdémateux modifier l'état du cœur. D'un autre côté, l'anatomopathologie de ces affections n'a pas fait l'objet de beaucoup de travaux, vraisemblablement parce qu'on a eu rarement l'occasion d'autopsier des malades de ce genre.

Chez une femme de 47 ans, myxœdémateuse depuis 10 ans (poids 82 *kg.* 7 pour 1 *m.* 55), on a constaté l'existence d'une forte cyanose avec dyspnée légère et hydrothorax; pression artérielle 150/100. L'examen électrocardiographique montra que les complexes ventriculaires trahissaient une altération du myocarde. Aussitôt après l'administration de thyroxine à la dose de 1 *mg.* par jour en injection sous-cutanée, l'état de la malade commença à s'aggraver et la mort survint. L'autopsie montra une dégénérescence du myocarde avec sclérose coronarienne. Au microscope, on observa un gonflement avec production de vacuoles des fibres cardiaques. Les réactions du glycogène étaient négatives. Il s'agirait là, en somme, d'une tuméfaction hydropique et il semble que ce cas soit de nature à fournir une base morphologique au syndrome clinique du cœur myxœdémateux.

On doit rapprocher ce fait des constatations de Webster et Cooke qui ont réussi à provoquer expérimentalement chez le lapin des phénomènes analogues.

Il y a lieu d'admettre, au point de vue du décès de la malade, que le cœur, très affaibli par le myxœdème et la myofibrose, pouvait jusqu'à un certain point satisfaire aux besoins du métabolisme de cette malade, mais que l'augmentation des échanges provoquée par l'administration d'hormone était exagérée pour lui. En cas de cœur myxœdémateux, les lésions peuvent donc être devenues assez graves pour que la thérapeutique du myxœdème ne puisse plus déterminer d'amélioration.

P.-E. Morhardt.

**Van der Scheer** et **R. Zijlstra.** ***La thérapeutique de l'encéphalite et des infections neurotropes analogues du système nerveux*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **82**, n° 39, 24 Septembre 1938, p. 4666-4673). — Le traitement des encéphalites et des infections neurotropes analogues par l'hexaméthylène-tétramine (urotropine) a été préconisé déjà depuis longtemps et de nombreux travaux ont été récemment consacrés à cette question. Parmi les affections ainsi traitées figurent donc, d'abord, l'encéphalite léthargique qui s'observe moins souvent qu'autrefois, et diverses maladies à virus neurotropes, caractérisés par leur invisibilité au microscope, leur filtrabilité à travers les filtres ordinaires, l'impossibilité de les cultiver sur des milieux ordinaires, leur résistance à la glycérine et à la dessiccation, leur contagiosité et leur très grande sensibilité pour l'urotropine.

Le diagnostic d'infection neurotrope est fondé sur les symptômes suivants : apparition brusque de fièvre avec symptômes neurologues et ayant pour origine les noyaux gris à la base, des altérations du liquide céphalo-rachidien mises en évidence par la réaction du sol d'or et l'augmentation du sucre.

L'urotropine a été utilisée par S. et Z. en solution à 40 pour 100. Il en a été administré une dose, la première fois, de 5 *cm*³ en injection intraveineuse, puis de 7 *cm*³ 5 et enfin de 10 *cm*³ jusqu'à un total d'au moins 100 *cm*³. Parfois même on a porté la dose globale à 200 *cm*³. L'administration a lieu tous les 2 jours ou, dans les cas sévères, tous les jours. Cette thérapeutique a été utilisée dans 200 cas environ.

Sur les 34 sujets ainsi traités et atteints d'encéphalite léthargique, il en est 17 qui ont complètement ou presque complètement guéri. Dans 33 cas d'encéphalomyélite, la proportion de guérisons a été la même. En cas de polynévrite infectieuse, les résultats ont été bons ou satisfaisants dans 10 cas sur 14. La paralysie de Landry et d'autres formes de polynévrite, par contre, n'ont pas bien réagi et ne sont probablement pas dues à un virus neurotrope.

En dehors des statistiques, S. et Z. notent que l'amélioration de symptômes, parfois très sévères, constatés immédiatement après l'injection, a été parfois très remarquable.

Il est donné 10 observations dans lesquelles cette médication a eu des résultats particulièrement frappants.

P.-E. Morhardt.

### NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

**P. Bull.** ***L'appendicite aiguë des petits enfants*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 10, Octobre 1938, p. 1065-1086). — Depuis 1906, B. a opéré 1.242 cas d'appendicite aiguë, dont 52 chez des sujets âgés de 20 mois à 5 ans. 75 pour 100 de ces 52 cas étaient des appendicites graves. La mortalité a été de 15,3 pour 100 au-dessous de 5 ans, et de 5,9 pour 100 pour tous les 1.242 cas.

Chez les enfants au-dessous de 5 ans, la mortalité a été nulle quand l'opération a été exécutée dès les 48 premières heures (18 cas). B. conclut que le médecin doit penser à l'appendicite aiguë même dans les premières années. Diarrhée et dysurie sont des symptômes fréquents chez les enfants. Le pronostic dépend essentiellement du diagnostic précoce. La laparotomie n'est pas nocive chez les petits enfants.

J.-H. Vogt.

### ARQUIVO DE PATOLOGIA (Lisbonne)

**J. G. Neves da Silva.** ***A propos des carcinomes spino-cellulaires des glandes salivaires*** (*Arquivo de Patologia*, vol. **10**, n° 1, Avril 1938, p. 85-111). — Après avoir passé en revue 92 observations de tumeurs de ces glandes, et fait une classification de celles-ci, N. da S. fait remarquer la rareté des néoplasies malignes de ces glandes. N. da S. nous relate les résultats autopsiques des 3 cas observés par lui. Ces tumeurs examinées macro- et microscopiquement étaient, dans 2 cas, parotidiennes et, dans le troisième cas, sous-maxillaire. Deux tumeurs ne présentaient pas de tissu glandulaire et dans aucun cas l'on ne trouva de structure rappelant les tumeurs mixtes, d'où N. da S. infère qu'il s'agit de carcinomes purs.

Dans la tumeur sous-maxillaire, il y avait du tissu glandulaire et les aspects histologiques portaient à conclure que le carcinome dérivait de l'épithélium des canaux excréteurs. Puis, après avoir donné un aperçu général des théories concernant l'histogénèse des néoplasies salivaires, N. da S. envisage la question du diagnostic différentiel, et nous fait remarquer les difficultés que ce diagnostic offre, parfois, même à l'examen histologique.

R. Coronel.

### SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

**Ed. Jenny.** ***Myalgie épidémique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 39, 24 Septembre 1938, p. 1092-1094). — J. a eu, pendant l'été de 1937, l'occasion d'observer à Aarau une famille dans laquelle 2 frères, âgés respectivement de 8 et de 9 ans, furent atteints brusquement, et en même temps, d'une affection fébrile avec vives douleurs, surtout dans la partie inférieure du thorax et dans la partie supérieure de l'abdomen. Ces observations ont fait songer à la maladie de Bornholm qui survient par épidémies plus ou moins importantes en été et en automne.

On sait que dans cette affection, en dehors de la sensibilité des masses musculaires et de la fièvre, on constate parfois des frottements pleuraux, de l'orchite et de la méningite séreuse. La mort n'a été observée que chez des gens âgés et atteints d'autres affections.

En Suisse, il a été signalé, en 1879, une épidémie qui aurait affecté plusieurs milliers de sujets appartenant surtout à la Suisse centrale. Depuis lors, il n'a pas été signalé dans ce pays de nouvelles épidémies. Mais une enquête, faite après constatation de ces 2 cas par J., a appris que leur père s'était rencontré 3 jours auparavant avec un groupe de 62 Danois. On apprit également qu'à Copenhague, il avait été signalé, en Juillet et en Août, plusieurs cas de myalgie, de sorte qu'il est bien possible que, parmi les Danois venus en Suisse et rencontrés par le père des enfants, il se trouvait un porteur de virus. D'autres cas n'ont d'ailleurs pas été signalés, sauf le troisième enfant de la famille qui, dix jours plus tard, a présenté une affection peu caractéristique.

P.-E. Morhardt.

# REVUE DES JOURNAUX

## ANNALES DE MEDECINE
### (Paris)

**Marcel Labbé. *La réaction de Traugott-Staub. Essai d'application à l'alimentation des diabétiques*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 5, Décembre 1938, p. 393-406). — Traugott et Staub ont vu que l'absorption à jeun d'une petite dose de sucre, précédant l'absorption d'une seconde dose plus forte, empêche ou diminue l'hyperglycémie provoquée par cette seconde dose de glucose. Ces expériences ont été reprises par Porges et Adlersberg, Darnaud et Rouzaud. L. les a reprises méthodiquement, avec Creuzot, chez des sujets non diabétiques et chez des sujets diabétiques traités les uns par le régime seul, les autres par le régime et les injections d'insuline.

D'une façon générale, il semble que l'ingestion préalable de saccharose se fasse sentir, moins par l'élévation de la glycémie que par une prolongation de la réaction d'hyperglycémie.

Les essais d'application de la réaction de Traugott-Staub au régime des diabétiques sous la forme d'une ingestion préalable de saccharose 40 minutes avant le repas n'ont produit aucune amélioration notable dans l'utilisation des hydrates de carbone chez les diabétiques, contrairement à ce qu'on observe chez la plupart des sujets sains. Cette réaction, bien qu'elle soit réelle, ne peut donc être utilisée pratiquement pour le régime des diabétiques.

L. Rivet.

**Philippe Seringe. *L'épreuve de Rehberg*** (*Annales de Médecine*, t. **44**, n° 5, Décembre 1938, p. 449-455). — L'épreuve de Van Slyke et l'épreuve de Rehberg indiquent le volume de sang épuré grâce au rein par minute; elles sont basées sur l'élimination d'une substance normalement contenue dans le sang : l'urée pour l'épreuve de Van Slyke, la créatinine pour l'épreuve de Rehberg. D'après les auteurs américains, l'épreuve de Rehberg est plus précise, car l'élimination de la créatinine par le rein est à peu près indépendante de celle de l'eau, tandis que l'élimination de l'urée est fonction de la diurèse aqueuse. Si la théorie de filtration-réabsorption de Rehberg est vraie, cette épreuve permet de mesurer le volume du filtrat glomérulaire.

S. précise la technique de l'épreuve : ingestion à jeun de 2 *g*. de créatinine et de 300 $cm^3$ d'eau, chez l'enfant : une heure après, miction et prise de sang. Chez l'adulte, on fait ingérer de 3 à 5 *g*. de créatinine. La créatinine est dosée dans le sérum et l'urine. On en déduit par un calcul simple la quantité éliminée par minute et le volume de sang épuré par minute.

S. indique les résultats observés par lui chez l'enfant sain, dans divers cas de néphrite et dans 2 cas de diabète insipide. Ces faits montrent l'intérêt de cette épreuve fonctionnelle rénale, qui mérite d'être mieux connue.

L. Rivet.

## JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

**P. Delmas-Marsalet, M. Bergougnan, Lafon** et **Vallat. *Résultat de la thérapeutique convulsivante de la schizophrénie par le cardiazol*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **115**, n° 45, 5 Novembre 1938, p. 445-467). — Le cardiazol utilisé était en solution à 10 pour 100. La dose initiale de 0 *g*. 50 doit être injectée par voie intra-veineuse en 5 secondes. Avec une durée plus longue, l'effet convulsivant peut devenir nul. Les injections ont été faites régulièrement 2 fois par semaine, à jeun, chez des sujets de moins de 40 ans, sans aucune tare organique. Lorsque la dose de 0 *g*. 50 ne produit pas de convulsions, on monte à 0 *g*. 60, 0 *g*. 70, rarement plus haut. Dans d'autres cas, des doses moindres se montrent convulsivantes. 300 injections ont été ainsi faites sans incident.

Après l'injection, il y a une courte phase de 30 secondes de conscience complète ou relative, caractérisée par l'apparition de quelques secousses de toux, de clignotement des yeux, de quelques mouvements oscillatoires du globe oculaire. La figure du sujet exprime la terreur et parfois il proteste, puis survient le cri et la perte de connaissance. La seconde phase est marquée par l'apparition des convulsions toniques qui ne dure guère plus d'une minute avec congestion de la face et parfois apnée totale. Le troisième stade correspond au relâchement tonique et aux secousses cloniques de plus en plus amples avec cyanose intense, sueurs et sialorrhée. La quatrième phase est un coma inerte avec respiration stertoreuse, pâleur, mydriase, pouls petit et rapide. Le retour à la conscience est marqué par une agitation motrice confuse, puis des hallucinations.

18 observations de manifestations schizophréniques, certaines d'entre elles appartenant à des formes limites, montrent que la thérapeutique par le cardiazol donne, dans ces affections, un pourcentage de résultats que l'on chercherait en vain, à la suite des autres méthodes, à l'exception du coma insulinique et de la narcose prolongée. Les rémissions ont été obtenues dans 43 pour 100 des cas. La méthode est appliquée depuis trop peu de temps pour qu'on puisse fixer la durée de ces rémissions.

Robert Clément.

## LYON MÉDICAL

**Lafferre** et **Longet. *Le traitement exclusivement médical des pleurésies purulentes à streptocoques par le chlorhydrate de sulfamidochrysoïdine*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 48, 27 Novembre 1938, p. 573-578). — Quatre pleurésies purulentes à streptocoques survenues chez des jeunes marins de 18 à 21 ans, hospitalisés à l'hôpital de Brest, ont été soumises à un traitement exclusivement médical et chimiothérapique et ont guéri sans thoracentèse évacuatrice et sans intervention chirurgicale.

La pleurésie purulente qui fait l'objet de la première observation était une complication de la grippe ainsi que la seconde qui se développa après une otite moyenne paracentésée. Les deux autres semblent avoir eu comme porte d'entrée une angine.

Des ponctions exploratrices ont été pratiquées à plusieurs reprises pour surveiller le liquide pleural cytologiquement et bactériologiquement. Les streptocoques disparaissent du liquide entre 8 et 15 jours après le début du traitement par le chlorhydrate de sulfamidochrysoïdine. Dès que les microbes disparaissent des pansements, la résorption liquidienne s'accélère, elle s'est effectuée en un mois environ.

Les doses ont été de 2 *g*. par jour pendant 10 à 12 jours, puis diminution progressive jusqu'à 0 *g*. 50. Le traitement total durant 25 à 28 jours. Aucun accident n'a été signalé.

L'apparition des dérivés azoïques constitue un progrès considérable dans le traitement des pleurésies purulentes à streptocoques. Le recours au chirurgien est le plus souvent inutile. La convalescence, la guérison et la récupération sont beaucoup plus rapides.

Robert Clément.

## DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Leipzig)

**Kocsis** et **Hassko** (Budapest). ***Le traitement de l'hémophilie par les hormones sexuelles féminines*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 36, 2 Septembre 1938, p. 1284-1286). — Les notions classiques concernant l'hérédité de l'hémophilie amènent K. et H. à penser qu'il pourrait y avoir une hérédité pathologique germinative qui resterait latente chez les femmes par suite du pouvoir inhibiteur des hormones ovariennes.

Cette hypothèse rend logique le traitement par les hormones ovariennes pour lutter contre les symptômes hémophiliques et en particulier contre les hémorragies importantes et rebelles des hémophiles masculins. Du fait de l'élimination considérable de l'hormone par l'organisme, les doses utilisées doivent être très élevées et répétées. En pratique dans nombre d'hémorragies hémophiliques graves (après ablation dentaire, amygdalienne, après plaies traumatiques, etc.), l'administration d'hormone ovarienne *per os*, sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse a amené l'arrêt de saignements qui avaient résisté à plusieurs autres tentatives thérapeutiques. Birch, en Amérique, a obtenu une rémission des phénomènes hémorragiques chez un malade durant 5 mois par une greffe ovarienne. Le pouvoir anti-hémorragique des extraits ovariens paraîtrait surtout lié aux lipoïdes lutéiniques. *In vitro* la coagulation du sang des hémophiles est activée par les extraits ovariens; localement, un tamponnement à l'aide de gaze imbibée d'hormone arrête en quelques minutes un saignement gingival. Sans pouvoir affirmer dans tous les cas la guérison des hémorragies hémophiliques par ce traitement, K. et H. insistent cependant sur son efficacité qui leur a paru supérieure à celle de toutes les autres thérapeutiques tentées contre cette redoutable maladie.

G. Dreyfus-Sée.

**Rietschel** (Wurzburg). ***Quelle est l'importance du besoin de vitamine C humain*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64** n° 39, 23 Septembre 1938, p. 1382-1385). — Le scorbut, manifestation de l'avitaminose C, est une affection rare. Le corps humain contient habituellement une réserve d'acide ascorbique en particulier dans les surrénales et le foie. Si on administre de l'acide ascorbique à un organisme déjà saturé, une partie est éliminée dans les urines, mais une certaine proportion est retenue et vraisemblablement détruite par l'organisme. Il semble donc y avoir une élimination par oxydation qui augmente lors de surcharge en vitamine. Si par contre on diminue progressivement la teneur en vitamine de la ration, cette oxydation diminue ainsi que l'élimination

# THIONAÏODINE

INJECTABLE A & B

*la maladie rhumatismale chronique*
*et ses syndromes douloureux*

## COMPRIMÉS

*carences soufrées*
*rhumatismes chroniques*

PRODUITS ATOXIQUES
INJECTIONS INDOLORES



ACTION CURATIVE
SANS RÉACTIONS

# NAÏODINE




INTRAMUSCULAIRE

**TOUTES ALGIES**




(B)

INTRAVEINEUSE

**NEVRAXITES**
ET LEURS SEQUELLES
**ALGIES REBELLES**

LABORATOIRES JACQUES **LOGEAIS** ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

urinaire qui peut tomber à 0. Il ne paraît pas y avoir pourtant de correspondance précise entre cette chute de l'élimination urinaire et les signes cliniques de carence. Dans le plasma sanguin on trouve de l'acide ascorbique dont la teneur est d'environ 1,0 *mg.* pour 100. Elle augmente jusqu'à 1 *mg.* 4 pour 100 lors du régime survitaminé, et diminue jusqu'à un seuil d'environ 0,4 *mg.* pour 100 pour un régime carencé.

Si on donne à des sujets sains de l'acide ascorbique, on constate souvent que ces individus peuvent assimiler des quantités considérables de vitamine C; on a voulu en conclure que ces sujets étaient en réalité carencés; cependant cette carence pourrait atteindre 1.000 à 5.000 *mg.* d'acide ascorbique même en dehors de toute maladie fébrile et de tout surmenage, et elle n'entraînerait aucune manifestation d'hypovitaminose. Quelques auteurs en ont conclu qu'un certain degré de carence (jusqu'à 2.000 *mg.* selon Baumann) était physiologique.

On admet en général que le besoin quotidien de vitamine C est en moyenne de 50 *mg.* correspondant environ à 100 *g.* de jus d'orange. Ces chiffres paraissent trop élevés à R. qui considère que les notions théoriques de carence en vitamine C ont des bases discutables et ne correspondent pas à des réalités cliniques.

Pour expliquer ces contradictions, il propose une hypothèse qui lui paraît cliniquement satisfaisante sans qu'il puisse cependant en apporter la preuve théorique.

La vitamine C ne serait pas complètement détruite dans l'organisme, mais réduite après oxydation à un état intermédiaire d'où l'organisme pourrait la reconstituer par un mécanisme inverse synthétique. Ce processus, spécial aux substances catalysatrices, s'appliquerait à la vitamine C qui agit à la façon d'un catalyseur. Ces notions expliqueraient comment l'organisme peut se contenter de quantités très minimes de cette vitamine.

Szent-Gyorgyi a entrevu ces possibilités de resynthèse de vitamine partiellement réduite, mais R. croit devoir insister sur le fait que ce processus lui paraît constituer l'élément essentiel dans la question du « besoin de l'organisme en vitamine ».

La saturation n'est pas la situation normale, et la présence de vitamine C dans les urines témoignerait selon lui d'un excès.

Il importerait en réalité d'établir surtout le besoin minimum en vitamine C, d'autant plus que le processus normal de resynthèse fonctionnerait d'autant mieux que l'apport est plus faible.

Ces notions feraient apparaître l'excès des rations théoriques actuelles, une quantité au moins moitié moindre pourrait être suffisante, et cela expliquerait l'absence de signes de carence, par exemple dans les armées allemande et suisse où la ration de vitamine ne dépasse pas 20 à 25 *mg.* Une observation relatée par Tobler paraît confirmer ces notions car, lors d'une épidémie de scorbut chez les enfants de homes et d'écoles à Vienne, soumis à un régime totalement carencé en 1917, un apport de 10 à 20 *mg.* suffit à guérir toutes les manifestations.

Ce travail, qui tend à démontrer que la population allemande ne risque aucun trouble malgré la rareté des fruits, conclut en mettant en garde contre la « vitaminophobie », alors que les pommes de terre allemandes et quelques légumes paraissent à R. suffisants pour assurer le besoin réel en vitamine C.

G. Dreyfus-Sée.

**Falkensammer.** ***Insuffisance rénale au cours de la strangulation iléale chez une diabétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 39, 23 Septembre 1938, p. 1397-1398). — F. relate l'observation d'une diabétique qui présenta une strangulation iléale s'accompagnant d'insuffisance rénale grave; l'hypochlorémie succédant aux vomissements répétés fut suivie par un blocage de l'excrétion glycosurique et acétonurique malgré un taux élevé de glycémie (4 *g.* 35 pour 1.000) et d'acétonémie (0 *g.* 85 pour 1.000). On observa une augmentation considérable de la teneur du sang en azote résiduel et en substances aromatiques.

Parmi les causes susceptibles de provoquer l'insuffisance rénale succédant à l'hypochlorémie, des affections extra-rénales et des troubles fonctionnels graves intra-rénaux peuvent être incriminés.

G. Dreyfus-Sée.

**R. Maassen** (Vienne). ***Pellagre secondaire à une gastro-entérostomie (Complexe avitaminosique $B_2$)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 39, 23 Septembre 1938, p. 1398]. — Chez un malade ayant subi une gastro-entérostomie pour sténose pylorique en 1922, est apparu en 1938 un syndrome constitué par des lésions cutanées typiques et des manifestations psychiques également caractéristiques permettant de poser le diagnostic de pellagre secondaire.

La carence en vitamine $B_2$ et $B_6$ responsable du syndrome pellagreux est ici vraisemblablement une carence d'utilisation, par suite de l'achylie chronique présentée par le malade depuis l'intervention chirurgicale.

Au traitement par un régime riche en vitamine $B_2$ et $B_6$ (foie de veau et de porc, poisson, jaune d'œuf, légumes, lait, levure de bière, etc) a été ajoutée l'injection de préparation d'extrait de foie de veau, sans obtenir de résultats satisfaisants.

Par contre quelques injections de 1 *cm*³ d'une préparation spéciale de pyridine 3, acide amidocarbonique (solution acide d'amido-nicotine) a fait régresser rapidement et totalement tous les symptômes.

G. Dreyfus-Sée.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Berlin)

**E. Lorenz.** ***Carence de vitamine A et réaction des plaquettes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 43, 22 Octobre 1938, p. 1498-1501). — Il n'est pas encore possible de répondre à la question de savoir si la carence prolongée ou exclusive de vitamine A entraîne un trouble de l'hématopoïèse. Au cours de recherches destinées à préciser ce point, L. a utilisé des cobayes soumis à un régime dépourvu de vitamine A. Les thrombocytes ont augmenté en même temps qu'ils commençaient à présenter des formes pathologiques (poïkilocytose, anisocytose, microthrombocytose, vacuoles, etc.) dans des proportions considérables (21 fois sur 31). Cette augmentation, qui dépassait un million, a été parfois passagère, car au bout de la troisième semaine, les chiffres étaient redevenus normaux. En pareil cas, l'augmentation avait débuté très précocement et les thrombocytes étaient peu altérés. Dans d'autres cas, cette augmentation a débuté plus tardivement et a continué à s'accentuer jusqu'au moment où l'expérience a été cessée.

En comparant la valeur des thrombocytes obtenus, soit par la méthode de Jürgens, soit par celle de Fonio, on a constaté dans certains cas une courbe identique, mais plus élevée avec la première qu'avec la seconde méthode. Dans d'autres cas, la seconde méthode a donné des chiffres régulièrement descendants alors que la première en donnait d'ascendants. Ces contradictions s'expliquent par le fait que la méthode de Jürgens (méthode de sédimentation) conserve mieux les thrombocytes.

En somme, chez les animaux soumis à la carence de vitamine A, il semble que l'activité de la moelle s'épuise parfois assez rapidement, d'où diminution rapide des thrombocytes. Dans d'autres cas frustes, surtout lorsque la réaction a été peu marquée au début, l'organisme de l'animal semble pouvoir mobiliser des plaquettes en grand nombre bien que d'une qualité inférieure.

P.-E. Morhardt.

**J. Kramar et S. Blazso.** ***Un nouveau syndrome du nourrisson : trouble des échanges hydriques et hypertension artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 43, 22 Octobre 1938, p. 1508-1510). — Les troubles des échanges hydriques ne sont observés chez les nourrissons qu'au cours de la dysenterie et de la pneumonie. Ces troubles sont alors accentués surtout quand des symptômes nerveux s'associent à ces maladies, comme dans la dysenterie toxique, dans la pneumonie « pâle » méningée et toxique. La pression du liquide céphalorachidien est alors supérieure à la normale et il y lieu de se demander s'il ne survient pas un trouble central qui serait caractérisé par la présence, dans le liquide rachidien, d'une substance capable d'agir sur la diurèse. En choisissant le chien comme objet d'expérience, K. et B. sont effectivement arrivés à montrer que ce liquide, provenant de nourrissons qui présentent des syndromes de ce genre, détermine, quand il est injecté dans les ventricules latéraux du chien, une inhibition caractérisée de la diurèse. Après la guérison, cette action ne se produit pas. D'autre part, il a été fréquemment constaté chez ces nourrissons une tension artérielle atteignant 120 et même 150 *mm.* de Hg et, d'ailleurs, l'injection de leur liquide céphalo-rachidien à des chiens faisait augmenter la pression de ces derniers. On est arrivé ainsi à la conclusion qu'en pareil cas il y a un syndrome comportant des troubles des échanges hydriques associés à de l'hypertension dont on peut se demander s'ils n'ont pas pour origine l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse.

K. et B. ont donc procédé tout d'abord à des expériences destinées à s'assurer s'il y avait identité entre la substance existant dans le liquide rachidien et la vasopressine. Il a été constaté que la première, administrée par la voie intraveineuse, est inactive alors que la seconde est active. Toute une série d'autres différences ont été constatées qui permettent d'exclure l'hypothèse d'après laquelle le liquide rachidien de ces nourrissons contiendrait de la vasopressine. Il ne semble pas non plus que la teneur en cellules du liquide agisse. On doit donc admettre que le principe actif est une substance toxique, vraisemblablement d'origine endogène, comme le montre le fait que, chez un enfant dont un nævus avait été cautérisé et qui avait présenté ultérieurement des phénomènes sévères d'encéphalite, on a trouvé un liquide rachidien qui contenait cette même substance. Il y a donc lieu d'admettre que ce syndrome est en relation avec le principe toxique trouvé dans le liquide céphalorachidien.

P.-E. Morhardt.

**H. Knauer.** ***La signification de la peau dans la défense contre les maladies infectieuses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 43, 22 Octobre 1938, p. 1510-1511). — K. a eu l'occasion de constater, au cours de la méningite épidémique du nourrisson, des guérisons remarquables quand une maladie sérique s'était produite. Bormann ayant fait des observations analogues, K. s'est efforcé de déterminer systématiquement des réactions cutanées artificielles. A cet égard, le sérum de cheval ne donne pas toujours des résultats ; le sérum de mouton est plus actif que le sérum de cheval. L'irradiation aux rayons ultraviolets permet également de déterminer des réactions cutanées et l'application de cette méthode à des enfants atteints de méningite a montré qu'en pareil cas il y a anergie complète à l'égard de ces rayons. Ainsi, chez un nourrisson de 5 mois, on a pu, en 9 jours, pratiquer une irradiation de

165 minutes avec une forte lampe, sans déterminer la moindre réaction. Pour obtenir plus sûrement une réaction cutanée, K. a eu recours, non seulement à de fortes doses de rayons ultra-violets, mais encore à la trypaflavine. Sur 14 enfants âgés de 1 ou de 2 ans et atteints de méningite épidémique, traités de cette façon, il en est 12 qui ont pu être sauvés. Etant donné que la méningite épidémique a un pronostic si sombre, de tels résultats semblent pouvoir être mis en relation avec les phénomènes cutanés.

Des expériences faites au cours d'une épidémie de varicelle ont montré que, dans les régions précocement irradiées, les vésicules apparaissent très nombreuses alors que dans les régions irradiées plus tardivement elles sont fort rares.

P.-E. Morhardt.

### DER CHIRURG
### (Berlin)

**G. Griesmann, R. Köhler** et **W. Söhnel** (Giessen). ***Recherches hématologiques pour le diagnostic et le pronostic post-opératoire du cancer, ainsi que pour le traitement des cas suspects de récidives*** (*Der Chirurg*, an. **10**, n° 17, 1er Septembre 1938, p. 609-617) — G., K. et S. se sont attachés à vérifier la valeur des réactions sérologiques destinées à diagnostiquer les lésions cancéreuses. Après avoir essayé les méthodes de Botello et d'Ascoli, qui se sont révélées insuffisantes dans le diagnostic précoce du cancer, G., K. et S. ont, depuis 4 à 5 ans, utilisé essentiellement la réaction de Fuchs, celle de Waldschmitt-Leitz et celle de Lehmann-Facius, enfin, celle de Freund-Kaminer. Sans entrer dans le détail de ces divers procédés, nous en résumerons les principes.

Le procédé de Botello-Ascoli réside dans la détermination de la lipase sanguine, et dans la séparation de la lipase totale, d'une lipase ne devenant pas toxique par l'atoxyl.

En fait, au début de l'évolution du néoplasme, la lipase augmente et surtout la lipase atoxyl-résistante, qui inversement diminue après ablation chirurgicale de la tumeur. On conçoit dès lors que la réapparition de la dite lipase après intervention constitue un argument en faveur d'une récidive. Le procédé de Fuchs est basé sur le fait qu'un sérum de sujet cancéreux, qui n'attaque pas un substratum sérique d'un autre sujet cancéreux, attaque celui d'un sujet sain. L'étude de cette protéolyse peut être faite par la détermination de l'azote résiduel du sérum. Le procédé de Waldschmitt-Leitz est basé sur l'action inhibitrice provoquée vis-à-vis de la papaïnase par le sérum des cancéreux. Enfin, la réaction de Lehmann-Facius, par floculation, s'est révélée exacte dans 300 cas.

En combinant ces diverses méthodes, G., K. et S. sont parvenus sur 1.000 cas à obtenir dans 85 pour 100 des cas des résultats positifs.

J.-Ch. Bloch.

**Max Saegesser** (Berne). ***L'injection post-opératoire de sérum glucosé est-elle opportune ?*** (*Der Chirurg*, an. **10**, n° 17, 1er Septembre 1938, p. 617-620). — Le travail de S. montre qu'il ne faut pas utiliser sans discernement des méthodes considérées comme inoffensives, tel l'emploi sans discrimination du sérum glucosé.

Son opinion est basée sur ce fait que, surtout après la chirurgie gastro-intestinale, le taux de la glycémie augmente dans le sérum, ce qui semble en rapport avec un trouble fonctionnel des îlots de Langerhans. Or parallèlement à ce trouble du métabolisme hydrocarboné, existe un trouble du métabolisme du NaCl, caractérisé surtout par une hypochlorurie, bien plus constante que la variation de la chlorémie. Ce trouble de la fonction chlorurée sodique nous est connu, ainsi que les désordres qu'il entraîne. Ce qui l'est moins est la parenté existante entre l'hyperglycémie et l'hypochlorurie.

Les conclusions de S. tendent à prouver que si l'hyperglycémie peut être compensée par l'adjonction thérapeutique d'insuline, en revanche, cette méthode ne donne de résultats stables que si on lui adjoint la thérapeutique par injections de NaCl.

Il convient donc, après intervention portant sur le tube digestif, de ne pas abuser de l'administration de glucose, ou de compléter celle-ci par une association insuline et chlorure de Na.

J.-Ch. Bloch.

### DIE MEDIZINISCHE WELT
### (Leipzig)

**Hans Löhr.** ***Thyroïde et circulation*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 40, 1er Octobre 1938, p. 1409-1413). — La question du rôle de la thyroïde dans la circulation générale normale a été, au cours de ces dernières années, étudiée aussi bien par les physiologistes que par les cliniciens. Cette question a d'ailleurs pris de l'importance du fait des résultats obtenus en cas d'asystolie par la thyroïdectomie. Le compteur thermique de Rein a, tout d'abord, permis de déterminer exactement la quantité de sang qui circule dans cet organe et on a constaté que les vaisseaux de cette glande peuvent dévier une grande quantité de sang carotidien vers les poumons ou vers la circulation générale. Il existe d'ailleurs dans la thyroïde des anastomoses artérioveineuses très importantes.

D'autre part, on discute encore pour savoir comment l'hormone thyroïdienne agit sur la circulation générale. Pour certains auteurs il y aurait des relations étroites entre la thyroïde et le diencéphale qui contiendrait plus d'iode que le reste du cerveau. Mais L. et ses collaborateurs n'ont pas confirmé que les échanges thyroxiniques soient chargés d'agir sur les centres végétatifs de la circulation. Ce ne serait pas par l'intermédiaire de l'iode que la thyroïde agirait sur les cardiaques et que l'extirpation de cette glande se justifierait chez certains de ces malades. On s'est demandé, également, si l'hormone n'agirait pas en augmentant directement le travail du cœur. Les expériences qu'on a faites pour élucider cette question n'ont déterminé des lésions que quand les doses de thyroxine administrées ont été beaucoup plus élevées que celles qui existent dans la maladie de Basedow. On trouve cependant dans cette maladie des lésions cardiaques (infiltration de cellules rondes, transformation fibreuse, nécrose, etc.). D'autre part, on a constaté dans l'hyperthyroïdie des modifications du chimisme du myocarde capables d'expliquer que la contractilité de cet organe souffre.

Dans la maladie de Basedow, la pression systolique est généralement supérieure à la normale et la pression diastolique est le plus souvent basse parce que les grosses artères se vident très vite pendant la diastole, à travers les artérioles et les capillaires anormalement dilatés. Dans ces conditions, le sang n'abandonne pas suffisamment d'oxygène aux tissus. Chez ces malades, le débit cardiaque par minute est généralement supérieur à la normale; il atteint jusqu'à 9 et 12 litres au lieu de 5, chiffre normal.

Tandis que pour certains auteurs ces phénomènes seraient dus à une augmentation des échanges d'oxygène, d'autres, au contraire, comme Bansi, pensent que le trouble primitif affecte la pression partielle d'oxygène dans les tissus parce que le sang n'abandonne pas assez d'oxygène au cours de la circulation. Mais chez ces malades la circulation est plus augmentée que la consommation d'oxygène. Les 2 phénomènes doivent donc être la conséquence d'un trouble intéressant primitivement l'activité thyroïdienne. Inversement, dans le myxœdème, la fréquence du pouls est ralentie et le débit par minute descend jusqu'à 1,5 litre.

P.-E. Morhardt.

### RŒNTGEN-PRAXIS
### (Leipzig)

**R. Pohl.** ***A propos du radiodiagnostic du pancréas*** (*Rœntgen-Praxis*, t. **10**, Octobre 1938, p. 656-667). — P. rappelle les difficultés que soulève encore le diagnostic des affections du pancréas, normalement invisible aux rayons; on ne constate de signes radiologiques directs que dans les cas où peuvent exister des images de concrétions, liquidiennes ou gazeuses, et, dans la majorité des cas, il faudra se rapporter aux signes indirects intéressant les organes de voisinage, signes organiques ou fonctionnels.

P. passe en revue les différentes affections pancréatiques: 1° la *pancréatite* et la *nécrose du pancréas* (dont il rapporte 2 cas); 2° les *tumeurs* (2 cas); 3° la *lithiase*, et rapporte les principaux signes radiologiques qu'il a observés, la lithiase seule donnant des signes directs.

Morel Kahn.

### ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
### (Leipzig)

**J. Volhard.** ***Recherches sur la présence d'hormone antéhypophysaire dans le liquide céphalo-rachidien occipital chez les hypertendus*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **59**, n° 43, 22 Octobre 1938, p. 785-798). — V. a prélevé par ponction occipitale le liquide céphalo-rachidien de sujets ayant une pression artérielle normale et celui d'hypertendus variés. Il y a recherché la présence et le taux des hormones vasopressives au moyen du test de l'intestin survivant et de l'effet antidiurétique chez le rat.

Dans la plupart des cas, il n'a pu déceler de vasopressine avec aucun des deux tests. Les quelques augmentations du tonus observées parfois avec le test intestinal lors de l'addition au bain de liquide céphalo-rachidien semblent être de nature non spécifique; elles se rencontrent, en effet, aussi bien avec les liquides de sujets normaux qu'avec celui des hypertendus.

Les liquides provenant de ces 2 catégories de sujets ne se différencient pas par leur effet avec l'un et l'autre de ces tests. On peut en déduire avec certitude qu'il n'y a pas plus de vasopressine dans le liquide des hypertendus que dans celui des sujets normaux.

P.-L. Marie.

### THE LANCET
### (Londres)

**E. Meulengracht.** ***L'ostéomalacie de la colonne vertébrale consécutive à l'abus de laxatifs*** (*The Lancet*, n° 6005, 1er Octobre 1938, p. 774-776). — C'est l'histoire d'un homme de 71 ans qui commença à ressentir quelques douleurs au niveau de la colonne vertébrale en 1923. Trois ans après: fracture spontanée d'une côte et déformation de la 3e vertèbre lombaire. Sans rémission, jusqu'en 1936, on nota des déformations successives des autres vertèbres lombaires et de la 12e dorsale et une diminution de taille de 12 cm. Les radiographies, outre des déformations vertébrales importantes, montrèrent une décalcification intense non seulement de la colonne vertébrale mais des autres os et notamment du crâne. La calcémie était de 10,2 et de 10,3. Le phosphore sanguin de 3,21 et 3,24 et la phosphatase de 65 unités (au-dessus de la normale). Il n'y avait ni albumine, ni protéine de Bence-Jones.

Devant cette décalcification intense, on porta le diagnostic d'ostéomalacie et on en rechercha la cause. Or cet homme, par crainte de la goutte, depuis 35 ans, avait réduit son régime. Il ne mangeait que de la viande blanche et du poisson. Il

avait pris du lait pendant quelque temps, puis l'avait remplacé par du fromage blanc. Depuis 35 ans également, par crainte de la constipation, il prenait chaque matin une cuillère à café de sel de Carlsbad et depuis 12 à 15 ans allait chaque année faire une cure à Carlsbad ou à Kissengen.

La transformation du calcium de ses aliments en sulfate de chaux insoluble, par cet abus de sels purgatifs, explique la décalcification du squelette de ce malade et rapproche ce cas de la maladie cœliaque ou de la sprue où l'on trouve de pareilles déformations osseuses.

André Plichet.

**L. C. Cook** et **W. Ogden.** ***La thérapeutique convulsivante par le cardiazol dans les états non schizophréniques*** (*The Lancet*, n° 6007, 15 Octobre 1938, p. 885-888). — Ce traitement a été appliqué à 4 cas de manie aiguë, à 5 cas de dépression psychique et à 3 cas d'hystérie.

Les 4 cas de manie guérirent, mais un de ces malades eut une rechute. Il semble que dans cette affection, ce traitement ait une action plus sédative sur l'excitation que les bains ou la narcose prolongée.

4 cas de dépression guérirent complètement et un cas qui durait depuis 3 ans fut amélioré. Les résultats sont donc particulièrement encourageants dans cette affection.

Les 3 cas d'hystérie, naturellement, guérirent.

Ce traitement doit être fait à l'hôpital avec un personnel entraîné. En ayant soin d'éliminer les sujets atteints de cardiopathie ou de lésions pulmonaires, il est pratiquement sans danger.

Les principales indications pour le traitement par le cardiazol des affections non schizophréniques sont: une agitation désordonnée, continue, mettant en danger l'existence du sujet, un état d'anxiété ou de dépression très grand, une durée excessive d'un état psychopathique.

André Plichet.

### LE SCALPEL
### (Bruxelles)

**F. Van Dooren** et **E. Joffre** (Bruxelles). ***Etude clinique de la vitesse sanguine mesurée par le cyanure de sodium*** (*Le Scalpel*, t. **91**, n° 47, 19 Novembre 1938, p. 1505-1527). — Pour apporter plus de précisions à la mesure de la vitesse sanguine par injection intra-veineuse de cyanure de sodium, D. et J. ont employé l'enregistrement graphique des mouvements de la cage thoracique au lieu de se contenter de surveiller à la vue les modifications des mouvements respiratoires. Avec une manchette de caoutchouc reliée à une ampoule inscriptrice et à un manomètre avec faible pression, tous les mouvements respiratoires sont enregistrés avec une amplitude de plusieurs centimètres. Pour supprimer la perturbation de la tension veineuse créée par le garrot et l'excitation nerveuse provoquée par la piqûre, on attend une demi-minute avant d'injecter la solution. La dose optima est de 0,8 de centimètre cube de la solution à 1 pour 100.

Chez 47 sujets n'étant pas atteints d'affection cardiaque, la vitesse circulatoire moyenne trouvée a été de 16,5 secondes.

Sur 21 sujets atteints d'une affection respiratoire, bronchite, broncho-pneumonie, asthme, pleurésie, cancer, d'un âge moyen de 50 ans, le temps circulatoire était de 18'' 7.

Dans les lésions valvulaires compensées et pures, le temps circulatoire se rapproche du chiffre normal 18'', alors que les lésions valvulaires compensées, mais compliquées de myocardite, donnent toutes un ralentissement assez considérable de la vitesse circulatoire (en moyenne 28''8).

Enfin sur un groupe de 18 malades artério-scléreux et avec affection myocardique bien compensée et d'âge moyen de 64 ans, le temps circulatoire moyen a été de 20 secondes. Il ne semble pas y avoir de relation entre l'hypertension artérielle et la vitesse circulatoire. Celle-ci était normale aussi dans un cas de fibrillation auriculaire bien compensé et dans un cas de bradycardie par bloc complet.

Enfin, dans les affections cardiaques décompensées, la moyenne a été de 41 secondes sur 17 sujets d'âge moyen de 64 ans.

Robert Clément.

### THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
### (Chicago)

**W. Bleckwenn** et **M. Masten.** ***Le traitement antidotique de l'intoxication barbiturique : six cas traités par la picrotoxine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 6, 6 Août 1938, p. 504-506). — Encore 6 cas traités par la picrotoxine, avec un décès et 5 guérisons. B. et M. recommandent l'injection intraveineuse continue de picrotoxine à 1/1.000, à raison de 1 $cm^3$ par minute. Ils adjoignent à ce traitement des inhalations continues d'oxygène et des injections de sérum sucré pour favoriser la diurèse. La picrotoxine doit être continuée jusqu'à réapparition des reflexes pupillaires et cornéens.

R. Rivoire.

**F. Adair, H. Heneltine** et **L. Hac.** ***Etude expérimentale sur les propriétés de la sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 9, 27 Août 1938, p. 766-769). — A., H. et H. ont entrepris une série de recherches et de dosages de la sulfanilamide dans le fluide menstruel, dans les sécrétions cervicales et dans le lait de femme, après administration orale de la drogue. En ce qui concerne la présence de sulfanilamide dans les sécrétions utérines, celle-ci existe en proportion si faible, même après administration de fortes doses, qu'il semble difficile d'admettre une action bactéricide locale directe sur les gonocoques génitaux.

Dans le lait, la sulfanilamide est excrétée en proportion notable, ne dépassant pas cependant 1,5 pour 100 de la dose totale. Aussi, jusqu'à ce que nous connaissions mieux la tolérance du nourrisson à la sulfanilamide, il vaut mieux s'abstenir de prescrire ce médicament aux femmes en cours de lactation; ou bien il faut interrompre l'allaitement maternel pendant la durée du traitement.

R. Rivoire.

**B. Isaacs, F. Jung** et **A. Ivry.** ***La carence en vitamine A et l'adaptation à l'obscurité*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **111**, n° 9, 27 Août 1938, p. 777-780). — Depuis quelques années, l'étude de l'adaptation à l'obscurité a été préconisée intensivement en Amérique comme test de la carence en vitamine A, et beaucoup de travaux cliniques ont été basés sur cette unique réaction. Aussi I., J. et I ont vérifié la valeur de ce test, et leurs conclusions sont bien peu favorables. Ils ont constaté, chez des étudiants dont le régime contenait de 1.500 à 10.000 unités de vitamine A, que les lectures au biophotomètre ne coïncidaient pas le moins du monde avec la richesse du régime en vitamine A. Aussi pensent-ils, avec beaucoup d'expérimentateurs européens, que des recherches beaucoup plus nombreuses devront être faites avant que le biophotomètre puisse être utilisé pour la détection de la carence en vitamine A chez l'homme.

R. Rivoire.

### THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE
### (New-York)

**Rowland T. Belkows** et **William P. Van Wagenem.** ***Le rapport de la polydipsie et de la polyurie dans le diabète insipide*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **88**, n° 4, Octobre 1938, p. 417-474). — Les hypothèses émises pour expliquer le diabète insipide sont nombreuses. Elles peuvent se résumer à trois principales: 1° La polyurie est primitive et la polydipsie secondaire; 2° la polydipsie est primitive et la polyurie secondaire; 3° la polyurie et la polydipsie sont deux phénomènes apparaissant simultanément.

Pour solutionner ce problème, B. et W. réalisent un diabète expérimental chez le chien par lésion hypothalamique et font, en plus, à une partie de ces animaux, une œsophagostomie.

Le diabète insipide semble évoluer en deux phases, une première temporaire, et la seconde permanente.

Dans cette seconde phase, chez les chiens sans fistule œsophagienne, 10 jours environ après l'intervention, on observe une augmentation parallèle de l'eau ingérée et de l'urine éliminée, qui atteint son maximum vers le 25° jour, et devient ensuite permanente.

Chez les chiens ayant une fistule œsophagienne, la phase permanente du diabète insipide se résume en un seul fait, la polydipsie. Celle-ci apparaît également vers le 10° jour, atteint son acmé vers le 25° jour et dure pendant longtemps. Il n'existe ni polyurie, ni déshydratation, et la quantité d'urine éliminée dépend étroitement de la quantité d'eau ingérée. Cette polydipsie permanente constitue une vraie soif pathologique et le premier phénomène du diabète insipide. La polydipsie observée chez les chiens sans fistule est donc la conséquence de la polyurie. On peut d'ailleurs se rendre compte que chez les chiens: 1° L'eau ingérée excède l'urine éliminée; 2° le poids du corps augmente; 3° une certaine obésité se développe en l'absence de tout syndrome adiposo-génital.

Ainsi donc, dans le diabète insipide, quand la polydipsie est satisfaite, il se produit une rétention d'eau dans l'organisme; quand elle n'est pas satisfaite, l'eau n'est pas retenue dans l'organisme et l'animal en souffre. Le diabète insipide apparaît donc non comme une inaptitude à retenir l'eau, mais comme une inaptitude à l'évacuer.

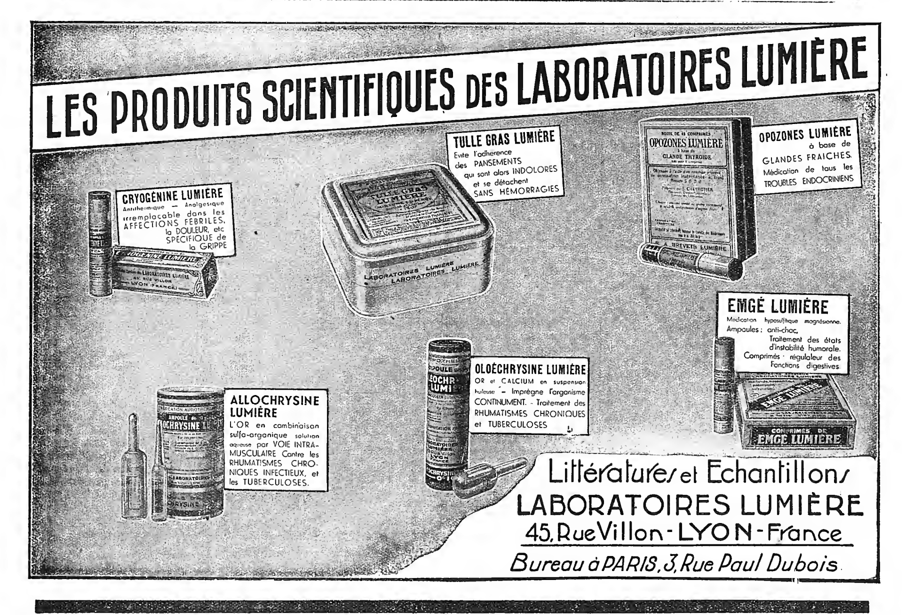
Le diabète insipide est donc un trouble fondamental dans le métabolisme de l'eau, dont la fonction de la soif est une importante composante. La soif normale dépend d'un centre nerveux hypothalamique, dont le fonctionnement est réglé par l'état de l'eau et la concentration des humeurs de l'organisme.

H. Schaeffer.

### NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
### (Amsterdam)

**De Langen, Boswijk** et **Van Nieuwenhuizen.** ***Une endémie de pellagre guérie par l'acide nicotique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 41, 8 Octobre 1938, p. 4970-4976). — L., B. et N. ont observé, dans un asile d'aliénés hollandais, 10 malades atteints de pellagre manifeste. Le début a été le plus souvent marqué par un malaise général, la perte de l'appétit, de vagues douleurs gastriques, des selles diarrhéiques pas très fréquentes mais impérieuses. La diarrhée grasse, signalée dans la littérature, n'a pas été notée.

Les symptômes buccaux sont très caractéristiques. La langue est rouge vif, analogue à une fraise et très douloureuse. La muqueuse buccale est


LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FÉBRILES, la DOULEUR, etc SPÉCIFIQUE de la GRIPPE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés : régulateur des Fonctions digestives
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse — Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois

également rouge, douloureuse et présente parfois des aphtes. La semi-muqueuse labiale peut prendre la même teinte et devenir sensible. La perlèche est constante. Il apparaît souvent de la sialorrhée avant que la langue devienne rouge; la peau commence à présenter des altérations au bout de 8 à 15 jours, altérations qui sont caractérisées par un brunissement sur fond rouge; à ces endroits, la peau semble plus chaude. Au centre des lésions, la peau présente parfois son aspect normal. Il y a un peu d'hyperkératose surtout sur le dos de la main. Une légère pigmentation du visage est également constatable. Dans les cas accentués, la face de flexion de l'avant-bras, la face interne du bras, les aisselles, la nuque, le cou, la région périanale et périvulvaire présentent des lésions symétriques : bulles, ulcères, parfois même gangrène. Souvent on constate un faible degré d'anémie. La porphyrie n'a été constatée chez aucun malade.

Cette endémie n'a affecté que des femmes dont 4 vivaient dans le même pavillon. Dans un de ces cas, l'affection est apparue au cours d'une cure de cardiazol.

Actuellement, l'acide nicotique est considéré comme l'agent thérapeutique de la pellagre. Ce fait a été confirmé par les observations de L., B. et N. Tous les malades de ces auteurs guérirent complètement sauf l'un d'eux qui ne prit pas d'acide nicotique. Sous l'influence de ce médicament, la guérison survint en 10 ou 15 jours. La peau desquame et reste encore quelque temps un peu pigmentée; les lésions buccales disparaissent et l'appétit revient. La dose a été de 50 *cg.*, 3 à 4 fois par jour.

Le fait que la maladie n'ait été observée que chez les femmes amène à se demander si des troubles endocriniens n'interviennent pas. On ne sait pas encore — bien que le fait paraisse vraisemblable — si l'acide nicotique existe dans les aliments riches en facteur PP connu par les recherches de Goldberger. On a cependant admis, autrefois, que dans la pellagre, il y a carence de facteurs autres que le complexe vitaminique $B_2$ et notamment d'acides aminés et de vitamine H. Mais les résultats obtenus avec l'acide nicotique doivent faire admettre qu'en cas d'avitaminose $B_2$ latente, divers facteurs, comme la sous-alimentation, les gastro-entérites intercurrentes, la grippe, voire un choc par cardiazol, peuvent faire apparaître la maladie.

P.-E. Morhardt.

**G. W. Kastein.** ***Le traitement des schizophrénies par l'insuline et un cardiotonique. Description histologique de l'intoxication par l'insuline*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **82**, n° 42, 15 Octobre 1938, p. 5106-5112). — Les lésions observées chez l'homme à la suite d'intoxications par l'insuline sont généralement considérées surtout comme vasculaires. Certains auteurs pensent cependant qu'il s'agit d'une altération toxique intéressant le métabolisme des cellules nerveuses. K. a eu l'occasion de faire des observations très complètes à ce point de vue, chez une malade âgée de 32 ans, qui entra à l'asile pour un nouvel accès de catatonie, accès qui fut traité par l'insuline. La 75e injection d'insuline entraîna un coma à évolution normale; la malade se réveilla 11 heures plus tard et commença à s'alimenter. Mais bientôt elle retomba dans un coma profond qui persista pendant 20 jours au bout desquels la mort survint, vraisemblablement du fait non de marasme, mais de désordres bulbaires.

Diverses altérations du lobe antérieur de l'hypophyse et du pancréas furent observées. Dans le foie on trouva une augmentation des substances lipoïdes autour de la veine centrale; par contre, le glycogène avait disparu. En ce qui concerne le système nerveux central, les parois vasculaires présentaient souvent une prolifération des cellules de l'intima donnant lieu à des productions en forme de champignon. Dans quelques endroits on rencontra des thrombus parfois organisés, constitués par des couches concentriques de fibres conjonctives. Les cellules ganglionnaires présentaient des altérations de types divers : tuméfaction, ombre cellulaire, neuronophagie, etc. Dans les ganglions du tronc et surtout dans le noyau caudé, on trouva une forte augmentation des astrocytes et des cellules de Hortega. En somme, les lésions constatées présentent un double caractère : d'une part, des altérations diffuses qui doivent être considérées comme la conséquence d'un métabolisme toxique et analogues à ce qui s'observe dans le coma insulinique ordinaire et, d'autre part, des altérations vasculaires qui doivent être en relations avec la longue durée du coma. P.-E. Morhardt.

## *THE JAPANESE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE (Tokio)*

**H. Nakajima.** ***Etudes expérimentales sur le mécanisme du développement de la pneumonie au moyen d'un extrait soluble spécifique de pneumocoques type III*** (*The Japanese Journal of experimental Medicine*, t. **16**, n° 5, 20 Octobre 1938, p. 453-463). — Ces essais de reproduction expérimentale de la pneumonie chez le lapin ont été faits avec un filtrat de culture de trois jours de pneumocoques, type III, sur bouillon, précipité par une solution de chlorure de zinc. Le précipité était ensuite centrifugé et lavé plusieurs fois à l'eau distillée, puis pilé au mortier et dissous dans une solution de citrate d'ammoniaque. Nouvelle filtration, le filtrat est ensuite dialysé et concentré, puis précipité à l'alcool plusieurs fois.

L'injection intra-trachéale de petites quantités de cet extrait soluble peut ne pas provoquer de lésions pneumococciques. Lorsqu'il est injecté de cette façon à des lapins auparavant immunisés avec des pneumocoques, les lésions de pneumonie typiques sont réalisées.

Les agglutinines et les précipitines produites dans le sérum par l'immunisation active diminuent d'une façon marquée chez le lapin en deux mois environ. Les lésions pneumoniques réalisées par injection intratrachéale du filtrat pneumococcique étaient intenses chez les lapins qui avaient dans leur sérum un taux élevé d'agglutinines et de précipitines. Au contraire, les lésions pulmonaires étaient légères chez les animaux ayant montré une diminution importante de ces deux anticorps dans le sérum.

La transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye a été observée seulement avec les sérums des lapins ayant présenté des lésions pneumoniques, tandis qu'elle ne fut pas réalisée avec le sérum des lapins ayant reçu les filtrats pneumococciques longtemps après l'immunisation.

De ces expériences, N. croit pouvoir conclure qu'il existe une relation intime entre l'immunisation active pour le pneumocoque et la substance soluble spécifique de même qu'entre la substance résiduelle libérée par les pneumocoques dans les lésions pneumoniques comme un résultat de l'activité vitale des cellules et l'immunisation. Ces substances joueraient un rôle important dans le développement des lésions pneumoniques au niveau du poumon sensibilisé par le pneumocoque.

Robert Clément.

## *GRUZLICA (Varsovie)*

**W. Orlowski.** ***La réaction de Biernacki*** (*Gruzlica*, t. **13**, n° 2, 1938, p. 145-149). — Les constatations personnelles de O. prouvent que la réaction de Biernacki n'est pas spécifique de la tuberculose et ne peut pas avoir une signification pathognomonique, mais elle jette des lumières sur le dynamisme du processus tuberculeux. Ainsi, l'aggravation est accompagnée d'accélération de la sédimentation, tandis que, pendant les périodes d'amélioration, la réaction marque un ralentissement évident. Cependant, on peut observer la réaction normale dans la phase préagonique dans la tuberculose compliquée d'asystolie, dans la parotidite et au au cours de l'infiltration précoce. Le pronostic établi d'après la réaction de Biernacki exige l'établissement d'une courbe sédiométrique qui assure une juste évaluation de l'intensité du processus tuberculeux. La courbe sédiométrique peut même traduire l'état des malades avec plus de sensibilité que d'autres signes cliniques et radiologiques.

Fribourg-Blanc.

**J. Stopczyk.** ***L'insolation envisagée comme facteur aggravant et sensibilisant dans la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **13**, n° 2, 1938, p. 150-162). — S. souligne l'influence nocive de l'insolation agissant comme facteur contribuant au développement et à l'aggravation de la tuberculose pulmonaire. D'après les observations rapportées par S., il semble que l'action du soleil se traduise par une sensibilisation à la tuberculose. Les sujets jeunes présentant des processus pulmonaires ou pleuraux récents sont les plus sensibles à l'insolation. La notion du danger de l'insolation pour l'activation du processus tuberculeux échappe aux nombreux observateurs. Il serait cependant très utile d'instruire le public faisant des séjours prolongés sur les plages des dangers de l'insolation. D'autre part, il serait désirable d'introduire l'habitude d'examens médicaux de contrôle avant les départs estivaux, ainsi que la surveillance médicale obligatoire des colonies de vacances et des camps.

Fribourg-Blanc.

**Z. Stelmack.** ***Les principes de l'examen radiocymographique*** (*Gruzlica*, t. **13**, n° 3, 1938, p. 257-268). — S. expose les avantages de la méthode radiocymographique au point de vue du traitement des tuberculeux. Dans la collapsothérapie, elle donne des précisions sur l'état de la plèvre. Dans la phrénicectomie, elle renseigne sur la liberté des mouvements respiratoires ou sur leur limitation par suite d'adhérences. Elle permet de déterminer si la force tirant sur le diaphragme se propage vers les segments supérieurs des poumons. Elle décide de l'adjonction d'une phrénicectomie à la collapsothérapie, au plombage ou à la thoracoplastie. Elle peut décider des indications du plombage extrapleural. Enfin, dans les cas où la thoracoplastie peut être indiquée, elle renseigne sur les rapports mécaniques respiratoires du côté sain, du médiastin, ainsi que sur le fonctionnement du diaphragme.

Fribourg-Blanc.

## *WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)*

**Z. Drohocki.** ***De l'électroproduction de l'écorce cérébrale*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n° 11, 17 Mars 1938, p. 206-209). — Dans l'étude consacrée à l'électroproduction de l'écorce cérébrale deux théories sont en opposition. Berger soutient que dans l'électroproduction l'écorce cérébrale prend part dans sa totalité. Par contre, Kornmuller affirme que cette production est spécifique pour chaque région de l'écorce cérébrale. D. ne partage aucun de ces deux points de vue. Dans une série d'expériences faite sur les lapins, il constate que dans son apparente variabilité le courant est produit dans l'écorce par phases et de façon cyclique. Les phases sont très variables, mais de temps en temps les phases identiques reviennent, constituant ainsi un cycle. La durée des cycles peut être


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

longue. Ces constatations conduisent aux déductions suivantes :

1° Les limites d'un champ architectonique cérébral contiennent plusieurs structures primitives constituant autant d'unités morphologiques qui ne peuvent être distinguées qu'à l'aide de leur différence de production électrique. Ces structures primitives prennent part à l'électroproduction à tour de rôle et par groupes.

2° Même au repos, l'état de l'écorce cérébrale subit des variations phasiques et cycliques constantes.

3° Le pouvoir de réactivité d'un champ architectonique à l'égard du même excitant varie en rapport avec les phases et les cycles. La connaissance du cycle de variations électriques de l'écorce à l'état de repos sert de base à l'étude de son état fonctionnel ou pathologique. Le cycle de variations à l'état de repos indique le tonus de l'écorce cérébrale. FRIBOURG-BLANC.

**A. W. Kaplan, W. Fryszman, J. Kramarz** et **L. Heller.** ***Des syndromes hépatorénaux*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n° 16, 28 Avril 1938, p. 301-304 et n° 17, 5 Mai 1938, p. 321-323). A propos de plusieurs observations personnelles, K., F., K. et H. concluent que : 1° Le syndrome hépato-rénal se rencontre souvent comme syndrome clinique, sans caractères anatomiques stables. 2° Les troubles humoraux, dans le syndrome hépato-rénal, sont analogues aux troubles humoraux existant dans les polypeptidémies ou les aminémies qu'on observe dans les états post-opératoires. Ils nécessitent la même thérapeutique. 3° Le syndrome hépato-rénal se rencontre, le plus souvent, comme complication survenant au cours des cholélithiases ou à la suite d'interventions chirurgicales sur les voies biliaires. 4° Il est indispensable de faire systématiquement des analyses du syndrome humoral. La thérapeutique comportant le glucose, l'insuline, le chlorure de sodium et les extraits hépatiques est d'un grand secours. 5° En appliquant une thérapeutique appropriée, leur pronostic est relativement bon, même dans les cas graves. FRIBOURG-BLANC.

**W. Stein, I. Janowski** et **I. Dworecki.** ***Un cas de myélomes multiples avec destruction vertébrale, signes bulbaires et altération du chimisme sanguin*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n° 18, 12 Mai 1938, p. 341-345). — S., J. et D. rapportent l'observation d'un malade qui se plaignit de douleurs sacrées pendant 7 ans, époque à laquelle il présenta une fracture spontanée de la colonne vertébrale au niveau de $L_1$. Trois ans après, l'examen radiologique démontra l'existence d'une destruction massive de $C_5$-$C_6$, avec décalcification générale du squelette et l'existence de signes bulbaires avec troubles de la sensibilité de la face et du cou. L'examen chimique du sang conduisit au diagnostic de myélome, en raison du taux des matières azotées du sang, qui s'élevait à 1,6 pour 100, dont 0,5 pour 100 d'albumine. La quantité de globuline s'élevait à 11,1. L'index albuminique indique l'inversion de la proportion d'albumine et de globuline, cette dernière atteignant les chiffres de 10,5 et 11,8. Le calcium, dans le sérum sanguin, avait le taux de 13,4 pour 100. L'examen de la moelle osseuse a confirmé le diagnostic de lymphoplasmocytome. Les signes neurologiques observés semblent liés à l'altération prononcée des vertèbres cervicales.

FRIBOURG-BLANC.

### MEDYCYNA
### (Varsovie)

**Baniewicz.** ***Suractivité thyroïdienne d'origine hypophysaire*** (*Medycyna*, n° 14. 21 Juillet 1938. — B. rapporte l'observation d'un malade atteint d'acromégalie présentant simultanément des signes multiples de maladie de Basedow. La radiothérapie hypophysaire a eu pour résultat la rétrocession des manifestations d'hyperthyroïdisme. Les résultats thérapeutiques obtenus semblent prouver que la production de l'hormone thyréotrope relève du pouvoir des cellules acidophiles de l'hypophyse.

FRIBOURG-BLANC.

### ROMANIA MEDICALA
### (Bucarest)

**N. Zaharesco-Karaman** et **Al. Badesco.** ***Carences de vitamines dans la pratique obstétricale*** (*Romania medicala*, n° 19, t. **15**, p. 245-247). — L'observation clinique fait découvrir toute une série de troubles pathologiques en rapport avec un appauvrissement de l'organisme en vitamines, chez la femme enceinte.

Z. et B. ont observé ces troubles, pendant l'hiver et au début du printemps, alors que les fruits manquent et les légumes verts aussi. Les femmes gravides de la campagne ou les pauvres des villes ont un apport insuffisant en vitamines, par l'alimentation défectueuse. La femme enceinte a un besoin accru de vitamines car le fœtus met en réserve pendant la vie intra-utérine d'importantes quantités de vitamines, dont il aura besoin dans les premières semaines après la naissance.

Z. et B. citent le cas d'une femme enceinte, 8e mois, présentant des troubles visuels, céphalée et œdèmes malléolaires et des paupières. L'examen clinique écarte le diagnostic de pré-éclampsie. Le traitement pendant 7 jours et *per os* de 24.000 unités A (Vogan) auxquelles s'ajoutent 10.000 unités intramusculaires (Vitadone). Depuis le 4e jour, grosse amélioration et guérison rapide. Pour Mellanby et Green, un traitement hypervitaminé donnerait une morbidité puerpérale quatre fois moins élevée. L'avitaminose A déterminerait la naissance d'enfants débiles. La vitamine A existe dans le lait, dans le beurre, l'huile, le jaune d'œuf.

Pour Z. et B., les névralgies lombo-sacrées, les algies des symphyses pelviennes et les névrites de la grossesse sont des hypovitaminoses B. Les vomissements incoercibles prolongés donnent des pylonévrites dues à la carence B.

Z. et B. citent le cas d'une 7e pare soignée pour douleurs de l'articulation sacro-iliaque droite et sciatique ; en outre constipation, vertiges et céphalée. Un traitement intense par la vitamine B (Betaxin), à raison de 4-5.000 unités par jour, la guérit en une semaine. Cette malade a pris jusqu'à son accouchement de la levure de bière.

Le syndrome du relâchement douloureux de la symphyse pubienne est une carence du complexe B, guéri par la vitamine B et la levure de bière.

Z. a mis en évidence l'influence de la vitamine B dans l'anémie gravidique sans autre cause ; par ce seul traitement on obtient des augmentations du nombre des hématies de 5-700.000.

Enfin, la carence de la vitamine C peut provoquer des épistaxis et gingivorragies. Le traitement par l'acide ascorbique en intramusculaires, 250.000 tous les 2-3 jours. Après 10 jours les hémorragies cessent.

En conclusion, il faut tenir compte en obstétrique des syndromes dus aux hypovitaminoses; il faut veiller à l'alimentation qui doit être rationnelle, naturelle et fraîche, riche en vitamines.

HENRI KRAUTER.

**L. Popp.** ***Le traitement des sinusites par les rayons Röntgen*** (*Romania medicala*, n° 21, t. **15**, 1er Novembre 1938). — Les petites doses de rayons Röntgen sont très efficaces dans toute une série d'affections inflammatoires.

P., à la suite des publications de Osmond, de Cleveland, de Woley et Butler, a traité 25 cas de sinusite aiguë et 18 cas de sinusite chronique.

Il a administré 100 R. tous les 2 jours. Après la première séance de R. X., on observe une exacerbation de la douleur et une élévation de la température pendant 2-3 heures. Après cet intervalle, les douleurs et la température cèdent après un écoulement abondant de pus.

La guérison est obtenue en quelques jours. Des 18 cas de sinusite chronique, 6 furent guéris complètement, 4 très améliorés ; les autres 8 cas, réfractaires à tous les traitements antérieurs, furent guéris. Plusieurs cas de sinusite, opérés, avec séquelles, furent également guéris.

HENRI KRAUTER.

**H. Slobotfiano.** ***Le traitement des méningites cérébrospinales par les composés sulfamidés*** (*Romania medicala*, n° 21, t. **15**, p. 275-278). — La chimiothérapie anti-bactérienne, c'est une des plus importantes découvertes des dernières années. Elle permet de détruire toute une série de germes, qui faisaient beaucoup de victimes, et contre lesquels nous étions peu armés.

Trefouël, Nitti et Bovet ont montré que la fonction azoïque du prontosil (sulfamido-chrysoïdine) n'avait pas de propriétés antiseptiques. Ils ont isolé le composé 1162 F, la para-amino-phényl-sulfamide, qui constitue la base de beaucoup de préparations, lesquelles se sont montrées efficaces dans les infections typhique et paratyphique, la colibacillose, les pneumococcies, strepto, staphylo et gonococcies.

La sulfamide a donné de bons résultats dans le traitement des méningites à méningocoque.

En Avril 1937, Schwentkler, de Baltimore, a traité 11 cas de méningite cérébro-spinale par la sulfamide, renonçant complètement au sérum antiméningococcique. Après 24-72 heures, le liquide céphalo-rachidien est devenu stérile. Les Américains recommandent la voie orale.

En France, Weil-Hallé a traité en Octobre 1937 un enfant de 13 mois par le sérum ; l'état s'aggravant, on administra 1*g*. 5 de sulfamide par jour. Le 4e jour, le liquide est devenu stérile.

Armand Delille associe également le sérum à la sulfamide.

Muriaz, au cours d'une épidémie de méningite cérébro-spinale dans le Niger, a obtenu une mortalité presque nulle par le traitement mixte. L'association paraît indispensable dans les formes graves. L. Tixier associe les deux traitements également.

L'association des deux thérapeutiques est nécessaire dans cette affection sévère qui peut laisser des séquelles.

C'est la conduite à tenir jusqu'au jour où un grand nombre de cas traités nous autorisera à abandonner complètement le sérum. On peut donner 1 *g*. aux nourrissons, 2 *g*. aux enfants, 4 *g*. aux adultes par jour.

La voie buccale est excellente et permet la pénétration des méninges et du liquide céphalo-rachidien. On peut partager la dose de la journée en 8 fois, car la sulfamide s'élimine rapidement. Dans les cas graves, on peut l'injecter par la voie intrarachidienne. Il ne faut *jamais* interrompre brusquement le traitement, mais le continuer 8-10 jours après que le liquide céphalo-rachidien est devenu clair. Les ponctions lombaires sont indispensables, d'une part par leur action décompressive, d'autre part elles nous permettent d'enlever une partie des toxines et d'examiner le liquide. Si le liquide ne se clarifie pas, il faut intensifier et prolonger le traitement. Les médicaments incompatibles avec la sulfamide sont : les sulfates, le pyramidon et l'antipyrine.

Le traitement prophylactique permet d'arrêter l'épidémie. Il faut donner 1 *g*. par jour.

HENRI KRAUTER.

### ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

**K. Herfort** (Prague). ***Influence de la vitamine A sur la sécrétion externe du pancréas*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **96**, nos 5-6, 21 Octobre 1938, p. 425-437). — Ayant observé une grande amélioration des troubles gastro-intestinaux (diarrhée, insuffisance digestive, inappétence, etc.) chez les anachlorhydriques à la suite du traitement par la vitamine A, sans que les quantités de HCl libre aient été influencées, H. a étudié l'action de cette vitamine sur la sécrétion pancréatique externe chez 30 sujets, les uns bien portants, les autres atteints de troubles gastro-intestinaux.

La sécrétion externe du pancréas fut déterminée par la mesure de la sécrétion totale et par le dosage des ferments, lipase et trypsine, par les méthodes de de Biondi-Chiray et de Gaultier. L'action stimulante de la vitamine A sur la sécrétion pancréatique externe a été appréciée d'après l'influence stimulatrice exercée par la sécrétine injectée par voie veineuse (80 unités).

Les observations ont montré que la vitamine A, introduite par voie buccale ou parentérale (intramusculaire), exerce une action constante et importante sur la sécrétion pancréatique externe, ce qui explique l'augmentation d'appétit et de poids dans tous les cas et la disparition de la diarrhée et des résidus non digérés dans les selles, en cas d'anachlorhydrie.

P.-L. Marie.

**E. Ask-Upmark** (Lund). ***Les parathyroïdes et la température du corps*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **96**, nos 5-6, 21 Octobre 1938, p. 481-500). — Il semble que les parathyroïdes interviennent dans la régulation de la température du corps.

Dans 10 cas de tétanie, la plupart d'origine parathyréoprive, A. a constaté assez souvent une température légèrement inférieure à la normale, pouvant s'élever parfois lors de l'accès de tétanie.

D'autre part, il a étudié spécialement la température dans 4 cas d'hyperparathyroïdie (ostéite fibreuse généralisée de Recklinghausen). Chez ces malades, il n'est pas rare d'observer une courbe de température un peu supérieure à la normale. A. discute l'origine de cette augmentation. Puisqu'elle est susceptible de disparaître à la suite de l'ablation de l'adénome parathyroïdien, il semble qu'elle soit due à des troubles du métabolisme inhérents à la maladie.

La courbe de température, dans l'hyperparathyroïdie, peut présenter des ondulations rappelant le phénomène de Pel-Ebstein; ces ondulations périodiques se rencontrent surtout dans les états pathologiques atteignant le système réticulo-endothélial et, particulièrement, la moelle osseuse.

Néanmoins, on peut trouver parfois une température un peu au-dessous de la normale dans l'hyperparathyroïdie. L'interprétation de ces cas est délicate.

En terminant, A. insiste sur le caractère saisonnier des troubles des parathyroïdes, qui se montrent surtout graves à la fin de l'hiver.

P.-L. Marie.

**J. G. Borst** (Amsterdam). ***La cause de l'hyperchlorémie et de l'hyperazotémie chez les malades atteints d'hémorragies massives récidivantes par ulcère gastrique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **97**, nos 1-2, 29 Octobre 1938, p. 68-69). — Les recherches de B. sur le métabolisme minéral et azoté de 3 sujets opérés en raison d'hémorragies récidivantes, provenant d'un ulcère gastrique, l'ont conduit aux conclusions suivantes:

1° L'hyperazotémie, qui se montre avec l'hémorragie digestive massive, est due à une formation accrue d'urée provenant du sang retenu dans l'intestin. Si le malade est insuffisamment alimenté, il se produit un catabolisme des protéines de l'organisme; toutefois, il demeure faible durant l'hémorragie, puisque le sang contenu dans l'intestin sert d'aliment. B. n'a pas observé de destruction « toxique » des protéines de l'organisme chez ses malades.

2° L'hyperazotémie amène une polyurie relative; en général, l'excrétion urinaire surpasse l'absorption de liquide. La concentration uréique de l'urine demeure à son maximum (45 à 60 *g.* pour 1.000 chez les malades ayant un pouvoir de concentration intact) jusqu'à ce que la dilution sanguine post-hémorragique ait suffisamment restauré le volume du sang circulant.

3° Si le malade, par suite de l'hémorragie massive répétée ou de l'opération, présente un syndrome de choc, la diurèse et la concentration maximum de l'urée baissent et l'azotémie augmente encore. La chute du coefficient d'épuration uréique est plus marquée que celle de la pression sanguine. Il se peut que ce coefficient soit la meilleure mesure de la gravité du syndrome de choc.

4° La dilution sanguine post-hémorragique est retardée par une forte diurèse accompagnée d'une restriction des liquides, par une protéinémie basse et, surtout, par les altérations des capillaires causées par le choc opératoire.

5° Aussi longtemps que la dilution sanguine post-hémorragique progresse encore, les reins n'excrètent pratiquement ni sodium, ni chlorures. Si l'on administre du NaCl, la chlorémie plasmatique s'élève bien au-dessus de la normale; pendant cette période, l'urine charrie beaucoup de potassium, tandis que la potassiémie est normale ou diminuée.

6° La rétention du NaCl et l'augmentation de l'excrétion du K font très vraisemblablement partie d'un mécanisme régulateur visant à restaurer la réplétion normale du système artériel, grâce à l'augmentation du « liquide extra-cellulaire » total et, par suite, du plasma sanguin. Il se peut que le même mécanisme se rencontre dans tous les états où le système artériel se trouve incomplètement rempli.

P.-L. Marie.

**K. K. Nygaard** et **Th. Guthe** (Oslo). ***Enregistrement automatique de la réaction de Wassermann basée sur un principe photo-électrique (Photelgraphe)*** [*Acta medica Scandinavica*, t. **97**, nos 3-4, 13 Décembre 1938, p. 203-207). — L'appareil comprend un système enregistreur et un système inscripteur. Le premier système consiste en un bain-marie à température constante (37°), dans lequel est placé le tube en expérience, interposé entre une source de lumière constante et une cellule photo-électrique. Le système inscripteur comprend un microampèremètre relié à la cellule photo-électrique et dont les déplacements du miroir s'inscrivent sur une bande de papier photographique se déroulant à vitesse constante (1 *cm.* par minute). On réussit ainsi à enregistrer le phénomène de l'hémolyse.

La technique pour la réaction de Wassermann a été celle de Kolmer.

On rencontre trois types principaux de tracés, le premier correspondant à l'hémolyse complète, le second à l'inhibition complète de l'hémolyse et le dernier à l'hémolyse partielle. Ces tracés exprimant le degré d'hémolyse sont appelés « lyselgrammes ». Une réaction de Wassermann comprend un lyselgramme pour le sérum-témoin et un lyselgramme pour chacune des quatre concentrations variables du sérum à examiner.

N. et G. proposent une échelle de lecture pour la réaction de Wassermann. Elle est basée sur la comparaison entre le degré moyen d'hémolyse du sérum en expérience et l'hémolyse totale du sérum-témoin. Cette comparaison permet de calculer le pourcentage d'inhibition de l'hémolyse.

La méthode décrite permet d'obtenir un enregistrement automatique exact et d'étudier avec précision la progression de l'hémolyse. Elle ne peut s'adapter encore aux exigences journalières du laboratoire en raison du temps qu'elle nécessite pour chaque réaction, 45 minutes environ. Mais son emploi offre des avantages sur la simple lecture visuelle dans certains cas douteux et pour comparer entre elles les diverses techniques de la réaction de Wassermann.

P.-L. Marie.

### NORDISK MEDISINSK TIDSSKRIFT (Stockholm)

**Paul Fargemann.** ***Les valeurs normales d'hémoglobine, d'érythrocytes et de volume des érythrocytes chez les enfants de 8 à 12 ans*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 45, 5 Novembre 1938, p. 1738). — F. souligne l'importance de la connaissance de ces valeurs normales, et la pauvreté des données de la littérature à ce sujet. Une technique soignée est nécessaire, avec une façon toujours la même de prendre la goutte de sang. F. considère que la pulpe digitale est la meilleure place. — Il trouve chez 300 individus de 8 à 12 ans qu'il n'y a pas de différence de sexe. Les valeurs normales sont identiques à celles de la femme adulte, soient : hémoglobine (standard de Haldane) 80-115 (en moyenne 97 pour 100); nombre d'érythrocytes : 3.6-5,8 mill. (4,73); volume d'érythrocytes : 35-47 (41 pour 100).

J.-H. Vogt.

**J. Lindahl.** ***Deux cas de myopie transitoire*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 46, 12 Novembre 1938, p. 1781-1788). — L. résume la littérature sur les anomalies transitoires de la réfraction chez des malades non diabétiques. Il ajoute deux observations personnelles. Un jeune homme de 20 ans eut, en même temps qu'une néphrite aiguë avec de légers œdèmes, une myopie de 8 et 9 D. La néphrite guérie, la myopie disparut. Une femme de 39 ans, souffrant de polyarthrite, eut, au 5e jour d'une médication prudente par le salicylate, une myopie de 5 et 5,5 D, qui a disparu 4 jours après la cessation du médicament.

J.-H. Vogt.

**Thomson, Axel.** ***Un cas de lithiase pancréatique avec stéatorrhée et diabète sucré*** (*Nordisk Medisinsk Tidsskrift*, n° 48, 26 Novembre 1938, p. 1858-1862). — T. rend compte de la maladie d'un homme de 50 ans, alcoolique chronique. Son diabète était de gravité moyenne. Il avait de plus stéatorrhée et azotorrhée dans les fèces. Des calculs pancréatiques furent trouvés à l'examen radiologique. T. s'est surtout intéressé à la graisse dans les fèces. Avant le traitement elle était de 15,1 pour 100, dont 81 pour 100 d'acides gras libres et 10 pour 100 de graisse neutre et savons. L'administration de lipase pancréatique a réduit ces chiffres respectivement à 7,3 pour 100, 71 pour 100 et 7,8 pour 100. L'effet bienfaisant de la lipase fut incontestable, mais l'explication en est difficile, puisque la plus grande partie des graisses étaient digérées avant la médication (c'est-à-dire étaient présentées comme des acides libres). La cause primaire de la stéatorrhée n'était pas une absorption défectueuse, comme dans la maladie de Gee-Thayson. T. trouve l'explication en déterminant la fraction de graisse saponifiée, et conclut que c'est la saponification qui souffre par manque de lipase pancréatique.

J.-H. Vogt.

### REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

**M. Demole.** ***Considérations sur l'achylie*** (*Revue Médicale de la Suisse romande*, t. **58**, n° 14, 25 Décembre 1938, p. 889-901). — L'achylie est

un terme incorrect puisqu'il ne s'agit pas du chyle. On entend sous ce nom la disparition de l'acide chlorhydrique libre et de la pepsine dans le suc gastrique et la diminution de la quantité totale sécrétée. En pratique, on ne tient guère compte que de l'acidité du suc gastrique; or, suivant les techniques employées, l'achlorhydrie varie; il y a de fausses achlorhydries que révèle l'injection d'histamine.

L'achylie ainsi comprise se rencontre chez 8 à 14 pour 100 des sujets réputés normaux, elle est courante après 60 ans.

L'absence d'acidité gastrique inhibe le premier stade de la désintégration des albumines dans l'estomac. En l'absence du contrôle acide, la fermeture pylorique se fait mal, les aliments passent dans le duodénum sans avoir subi une digestion suffisante et déclanchent des crampes et des évacuations intestinales précoces. L'anacidité gêne le fonctionnement du pancréas dont la sécrétion est déclenchée par la sécrétine élaborée dans le duodénum sous l'influence du suc stomacal acide. Elle trouble la flore intestinale en permettant aux microbes des segments inférieurs d'envahir le jéjunum et le duodénum normalement à peu près stériles.

Au point de vue clinique, l'achylie se manifeste seulement par la diarrhée prandiale, encore celle-ci n'existe-t-elle que dans 15 à 30 pour 100 des cas.

L'achylie est parfois constitutionnelle et familiale. L'anémie pernicieuse est le meilleur exemple d'achylie parfaite, mais on trouve aussi ce trouble dans de nombreuses anémies graves.

L'alimentation a une influence sur la sécrétion gastrique, l'achylie peut résulter d'une erreur alimentaire, de troubles neuro-végétatifs et endocriniens, d'infections chroniques et d'auto-intoxications, d'affections abdominales ou gastriques. On l'observe encore après gastrectomie.

Le traitement est surtout substitutif. Il doit être aussi étiologique.

Robert Clément.

### *SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*

### *(Bâle)*

**Taillens. *La pleurésie hémorragique chez les enfants*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **68**, n° 41, 8 Octobre 1938, p. 1133-1134). — T. a eu l'occasion d'observer deux cas, assez rares surtout chez les enfants, de pleurésie hémorragique. Dans l'un, il s'agissait d'un enfant de 14 ans qui commença par accuser une douleur à droite du sternum, s'irradiant dans l'épaule du même côté. A l'examen local on constata de la cyanose, de la bouffissure du visage, de l'œdème en avant et en arrière du thorax, de la matité absolue de tout le poumon droit. Une ponction ramena un liquide fortement hémorragique et dut être renouvelée 5 fois parce que la gêne fonctionnelle reparaissait très vite. Le liquide recueilli contenait 15 à 48 pour 1.000 d'albumine, 16.000 à 31.500 globules rouges par *mm*³, mais pas de cellules cancéreuses. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur intrathoracique grosse comme deux poings qui, à l'examen microscopique, s'est révélée être un sarcome lymphoblastique. Le second cas concerne un garçon de 13 ans qu'on traita pour un ostéosarcome et qui présenta peu avant la mort une pleurésie à liquide très sanglant,

A ce sujet, T. fait remarquer que la pleurésie hémorragique peut avoir pour origine une maladie infectieuse (variole, typhoïde, rhumatisme articulaire aigu) ainsi que des affections spéciales comme la cirrhose du foie. La tuberculose peut également intervenir, de même que les tumeurs malignes primitives comme dans la première observation, ou secondaires comme dans la deuxième. Les intoxications chroniques favorisent d'ailleurs la formation de pachypleurite avec formation de vaisseaux sanguins particulièrement fragiles. Le diagnostic n'est fait que par la ponction pleurale qui permet rarement de trouver soit des bacilles de la tuberculose, soit des cellules cancéreuses. En général, le pronostic n'est pas bon, même quand il ne s'agit pas de tumeur maligne.

P.-E. Morhardt.

### *CASOPIS LEKARU CESKYCH*

### *(Prague)*

**Syllaba, Cermak, Neubarth** et **Stehlik.** ***Elimination des corps acétoniques par les poumons*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 43, 28 Octobre 1938, p. 1257-1263). — Le dosage des corps acétoniques éliminés par les poumons a été effectué à l'aide d'une technique spéciale: l'air expiré est recueilli pendant 10 à 15 minutes dans un sac de caoutchouc (du type d'Haldane), son volume mesuré avec exactitude et les corps acétoniques qu'il contient absorbés au passage dans une solution alcaline (soude). Par distillation, ces corps sont repris dans une solution iodée, puis dosés à l'aide du thiosulfate (méthode d'Engfeldt). Les sujets en expérience sont des diabétiques aux divers stades et aux divers échelons de gravité de la maladie.

L'acide β-oxybutyrique est éliminé par les voies respiratoires, comme l'acétone et l'acide diacétique, mais suivant des proportions différentes, en fonction de la nature plus ou moins volatile de ces corps. Alors que les reins éliminent jusqu'à 6 fois plus d'acide β-oxybutyrique que d'acétone, les poumons, au cours d'un coma ou d'un précoma diabétique, rejettent, au contraire, jusqu'à 13 fois plus d'acétone que d'acide β-oxybutyrique.

Chez les diabétiques légers, sans trouble du métabolisme des lipides, l'élimination quotidienne de chacun de ces deux corps oscille autour de 20 à 40 *cg*. Au contraire, dans les formes graves, accompagnées ou non de coma, elle dépasse plusieurs grammes (dans une des observations originales elle atteignit 30 *g*.). Il convient toutefois de souligner que ces indications n'ont qu'une valeur approximative, puisque les quantités citées pour les 24 heures sont évaluées, d'après des expériences, de 10 à 15 minutes, suivant le principe appliqué au calcul du métabolisme basal.

Lorsqu'il s'agit de diabètes légers ou moyens, l'élimination rénale est en général supérieure à l'élimination pulmonaire, mais cette inégalité se renverse dans les cas de coma ou de précoma, éventualité dans laquelle la quantité de corps cétoniques rejetés par la respiration devient remarquablement plus considérable que celle de ces corps excrétés avec les urines. Dans le coma, la ventilation pulmonaire s'accroît au point que le volume d'air expiré par minute passe de 6 à 7 litres (chiffres normaux) à 34 litres. Cette hyperventilation s'explique à la fois par l'accélération du rythme (jusqu'à 36 respirations-minute) et par l'exagération de l'amplitude respiratoire. Le volume moyen d'une respiration s'accroît, en effet, de 300-400 *cm*³ (valeur normale) jusqu'à 950 *cm*³. Il s'agit donc d'une polypnée vraie, dans laquelle la respiration s'accélère, et devient, en même temps, plus profonde, tandis que chez les cardiaques décompensés et dans les cas de dyspnée pneumopathique, il s'agit de tachypnée superficielle, avec le plus souvent diminution importante du volume respiratoire.

**Herfort. *Exploration des sécrétions pancréatiques dans le suc duodénal*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n°s 42 et 43, 21 et 28 Octobre 1938, p. 1241-1247 et 1269-1273). — L'influence respective de l'acide chlorhydrique, de la crème fraîche, de l'éther et de la sécrétine, sur la sécrétion pancréatique, a été étudiée chez 80 sujets, suivant la méthode de Bondi, modifiée par Chiray-Lebon-Milochevitch et suivant la méthode de Gaultier-Roche-Baratte. Ces recherches montrent que, de ces 4 substances, les 3 premières ont un effet assez faible, irrégulier, variable dans le temps et l'efficacité, de telle sorte que l'horaire de la réaction, la quantité de suc et les taux de ferments, observés après leur emploi, ne permettent pas d'apprécier, avec une exactitude suffisante, la fonction sécrétoire du pancréas.

Par contre, la sécrétine, utilisée par la voie intraveineuse, exerce une action constante, si bien que la précocité, l'importance et les caractères de la réaction constituent un test significatif. Nausées et sensation de compression dans la région ombilicale s'observent parfois au cours de l'épreuve, mais jamais avec un pancréas normal. Il n'existe, du reste, aucune corrélation définie entre ces malaises et l'étendue des lésions glandulaires. Leur apparition ne permet aucune déduction pratique.

L'intervalle de temps qui sépare la réaction de l'injection est un indice d'une grande sensibilité. Dans les conditions normales cet intervalle est toujours bref : il ne dépasse pratiquement pas 3 minutes. Toute affection du pancréas s'accompagne d'un retard plus ou moins important de la sécrétion. Celle-ci, qui s'élève normalement de 60 à 120 *cm*³ après injection de 80 unités de sécrétine, est notablement diminuée dans les états pathologiques, l'importance de cette diminution étant fonction de l'étendue du processus. La présence de sang dans le suc obtenu est en faveur d'une tumeur des voies biliaires. Tumeurs ou inflammations pancréatiques ne se sont jamais accompagnées d'hémorragies décelables.

Normalement le taux des ferments est de 35 à 75 pour la lipase (Bondi) et de 7,5 à 12,5 pour la trypsine (Gaultier). En cas de lésion pancréatique, le taux de lipase s'abaisse plutôt et de façon plus importante que le taux de trypsine, surtout s'il s'agit de processus inflammatoire. Dans les tumeurs, la quantité des deux ferments diminue parallèlement et dans la même mesure. Le taux de trypsine n'est jamais abaissé lorsque celui de la lipase est normal. Suivant les catégories cliniques, les résultats obtenus sont les suivants :

Le cancer de la tête du pancréas (chaque cas a été vérifié soit à l'autopsie, soit par intervention) s'accompagne régulièrement d'un retard de sécrétion et d'une diminution de sa quantité. Malaises et douleurs de la région ombilicale sont fréquents au cours de l'épreuve. On ne trouve pas de sang, mais le taux des ferments est diminué de façon considérable et cette diminution est identique pour l'un et l'autre.

Le cancer des voies biliaires, sans affection simultanée du pancréas, ne s'accompagne d'aucune anomalie sécrétoire, ni d'aucun malaise subjectif, mais entraîne toujours la présence de sang, microscopiquement visible, dans le suc recueilli.

Enfin, les pancréatites aiguës ou chroniques, suivant l'intensité et la gravité des processus, se caractérisent constamment par les anomalies précédemment définies.

# REVUE DES JOURNAUX

## GAZETTE DES HOPITAUX
### (Paris)

**L. Babonneix.** ***Comment se transmet la paralysie infantile?*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **111**, n° 97, 3 Décembre 1938, p. 1556-1560). — Sur 140 cas de poliomyélite, quelques-uns offrent un certain intérêt au point de vue de l'étiologie et de la transmission de la maladie.

Chez 2 enfants, on a pu incriminer la contagion par un convalescent. L'un d'eux était promené dans la voiture d'un convalescent de paralysie infantile sans qu'il y eût jamais contact entre les 2 enfants. Un autre avait couché, quelques jours avant le début de sa maladie, dans un lit occupé précédemment par un convalescent de poliomyélite.

Dans 2 autres cas, on peut admettre que la contagion s'est faite par des porteurs de germes. Une jeune fille avait été en contact quelques jours avant l'apparition de la paralysie avec des cousins qui avaient séjourné dans une station où sévissait la poliomyélite et qui avaient eu à leur retour l'un, une angine, l'autre une fièvre ayant duré 8 jours sans paralysie. Dans un autre cas, un voisin étant atteint de poliomyélite, on admit la possibilité de transport du germe par un sujet sain sans avoir d'autres certitudes à ce sujet.

Dans un cas, on a pu penser que le frère et la sœur de la malade avaient présenté des troubles morbides, température, tremblements des mains, convulsions qui pouvaient être considérés comme des formes non paralytiques de la maladie de Heine-Medin.

De nombreux cas sont survenus au cours d'une épidémie.

Chez 2 enfants, la poliomyélite a paru coexister avec une épizootie frappant les animaux de bassecour dont la nature n'a pas été déterminée.

Dans de nombreux cas sporadiques, on ne peut formuler que des hypothèses. La transmission par l'intermédiaire des parasites paraît peu probable, celle par objets inanimés a été quelquefois incriminée. Le plus souvent, c'est la contagion interhumaine ou par l'eau qui a paru la plus vraisemblable.

ROBERT CLÉMENT.

## LYON MÉDICAL

**A. Bouveyron.** ***Carence en cellulose? ou carence en pentosanes?*** (*Lyon Médical*, t. **161**, n° 52, 25 Décembre 1938, p. 693-703). — Les divers sons contiennent environ cinq fois plus de pentosanes que de cellulose pure. Les troubles dyspeptiques et cachectiques attribués à la carence en cellulose sont dus en partie à une carence en pentosanes associés aux cellulose alimentaires. Chez les dyspeptiques et chez les chats expérimentalement carencés en pentosanes et en celluloses, un apport de pentosanes sous forme de gomme à peu près exempte de cellulose guérit les troubles digestifs.

« Entre la sprue, la maladie cœliaque, le rachitisme et la cachexie dyspeptique par carence en pentosanes-celluloses, il y a des analogies, des transitions et surtout de véritables parentés symptomatologiques. »

Chez l'animal, les régimes sans pentosanes ne reproduisent pas toujours expérimentalement les symptômes de la déficience organique en pentose. C'est probablement parce que le foie des animaux d'expérience étant indemne, la fonction de synthèse endogène de pentose suffit aux besoins de l'organisme.

L'insuffisance d'apport exogène par carence alimentaire en pentosane ne produit chez l'adulte des faits apparents que si la synthèse endogène est déficiente. Cependant, une insuffisance régulière d'apport peut avoir des effets notables sur la nutrition et le fonctionnement de certains organes riches en pentose.

ROBERT CLÉMENT.

## JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
### (Paris)

**R. Gilbert.** ***Le traitement de la granulomatose maligne par la radiothérapie (Bases anatomocliniques, principes directeurs, résultats)*** [*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **22**, n° 12, Décembre 1938, p. 577-585]. — « C'est à bon droit aujourd'hui que l'on peut prétendre que la radiothérapie exerce non seulement une influence indéniable sur la qualité et la longueur des rémissions, mais qu'elle prolonge la vie »; encore doit-elle être employée avec méthode. De cette communication au V[e] Congrès international de Radiologie, qu'illustrent de nombreux tableaux statistiques parmi lesquels ceux de Gilbert sont particulièrement intéressants, nous retiendrons les points suivants :

L'hommage rendu à Pusey et Senn et à Williams qui, de 1902 à 1903, ont les premiers rapporté les effets favorables des rayons X sur la maladie de Hodgkin ; l'intérêt que présente le diagnostic, et plus encore le *diagnostic complet* de cette affection, dans laquelle radiodiagnostic et radiothérapie sont appelés à jouer un rôle de premier plan.

*Comment agissent les rayons de courte longueur d'ondes:* « La radiothérapie segmentaire exerce un effet destructif direct sur les tissus granulomateux, quelle que soit la localisation ganglionnaire ou extra-ganglionnaire », les récidives locales provenant d'îlots granulomateux résiduels, dus surtout, dans les formes radio-sensibles, à des doses insuffisantes.

L'histologie, en règle générale, ne renseigne pas avec certitude sur la radiosensibilité des tissus granulomateux, bien que sans doute les formes à prédominance cellulaire soient plus radiosensibles, et pourtant, dès le début du traitement, certaines radiorésistances sont parfois manifestes.

Quant à la radiorésistance acquise, nettement différente de la radiorésistance d'emblée, elle s'observe surtout après des traitements espacés, répétés, mal coordonnés. Gilbert est donc partisan de rejeter ce mode de radiothérapie, « de rechercher l'obtention, dès la première série de radiothérapie, d'une destruction aussi complète que possible des tissus granulomateux », et de s'abstenir de toute irradiation en l'absence de récidive.

Encore obscure dans sa cause est la radio-résistance aux stades avancés de la maladie, et peut-être faut-il alors invoquer le fléchissement des moyens de défense de l'organisme.

*But du traitement:* « Obtenir des rémissions aussi franches et aussi longues que possible » et, en cela, il semble que la rœntgenthérapie soit l'agent de choix pour détruire les foyers granulomateux sans compromettre l'état général ou la formule sanguine.

L'auteur rejette la pantélérœntgenthérapie, inefficace et dangereuse, pour pratiquer la rœntgenthérapie segmentaire, localisée avec une extension suffisante, et à doses assez élevées, pour réaliser le but cherché en tenant compte : *a*) du fractionnement de la dose dans le temps; *b*) de la dose totale reçue par les tissus malades; *c*) du volume des tissus irradiés.

Personnellement, il ne dépasse pas une dose incidente de 250 « r » à la peau par séance et pense que pour une forme très radiosensible, prise au début, il convient d'obtenir au minimum 500 « r » par foyer. La durée d'un traitement s'étale, à raison de 10 à 15 jours par champ, sur cinq semaines environ.

Il faut éviter: 1° des doses trop faibles exposant à des récidives locales *in situ;* 2° des doses trop fortes, dépassant le but et compromettant la formule sanguine et l'avenir. Ces malades sont justiciables, surtout pendant les périodes de rémission, d'un traitement adjuvant comme par exemple la médication arsenicale; ils doivent être systématiquement et activement surveillés.

MOREL KAHN.

## DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Leipzig)

**W. Thiele** (Rostock). ***Les relations avec l'anémie pernicieuse de quelques maladies provocatrices de gastrites*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 42, 14 Octobre 1938, p. 1503-1506). — La gastrite chronique est à la base de l'anémie pernicieuse. Les maladies susceptibles d'entraîner une gastrique chronique pourraient donc provoquer indirectement une anémie pernicieuse.

Parmi ces affections, il faut envisager les infections chroniques telles que la tuberculose pulmonaire et les foyers locaux d'infection (dentaires, tonsillaires, appendiculaires, etc.).

Le rôle des opérations gastriques portant sur l'antre et le pylore ou du type de la gastro-entérostomose peut aussi être discuté.

Dans le diabète, la maladie de Basedow, le myxœdème, on constate aussi des troubles de la sécrétion gastrique susceptibles de jouer un rôle dans la production d'anémies pernicieuses.

Il importe donc d'attirer l'attention sur toutes les affections provoquant des troubles sécrétoires de la muqueuse gastrique, car on retrouve souvent ces maladies dans les antécédents des anémies pernicieuses. Des conséquences prophylactiques pourraient être déduites de ces importantes notions.

G. DREYFUS-SÉE.

**Choremis** et **Spiliopoulos** (Athènes). ***Manifestations paralytiques après utilisation de produits synthétiques antipaludéens*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 47, 18 Novembre 1938, p. 1680-1682). — Ces manifestations ont été observées après l'emploi de plasmoquine et d'atébrine. Le premier cas concernait une fillette de 3 ans et demi qui présenta des vomissements répétés, de l'aphonie et une gêne de la déglutition ainsi que de l'hypotonie généralisée prédominant aux membres inférieurs: après cessation de

la plasmoquine les signes régressèrent, mais plusieurs semaines après, un essai de médication par l'atébrine provoqua de nouveau les mêmes symptômes à un degré plus intense encore.

Le deuxième cas est celui d'un nourrisson de 1 an et demi chez qui des signes de paralysie laryngée succédèrent à l'administration de 0 *g*. 10 d'atébrine pendant 5 jours.

Trois autres enfants de 8, 10 et 11 ans présentèrent des manifestations nerveuses simulant une polynévrite périphérique avec aréflexie et douleurs, succédant à l'ingestion d'atébrine.

Enfin deux enfants de 2 ans et demi et 2 ans réagirent de façon analogue à la plasmoquine *per os*.

L'action prédisposante de la malaria sur le système nerveux joue vraisemblablement un rôle dans ces accidents mais l'influence nocive des médicaments tels que la plasmoquine ou l'atébrine administrées à doses trop élevées ou trop prolongées est indiscutable.

G. Dreyfus-Sée.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

**Friedrich Linneweh.** ***La formation de l'ascite*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 45, 5 Novembre 1938, p. 1573-1576). — On admet en général que, dans la cirrhose hépatique, l'ascite apparaît parce que le tissu hépatique est transformé en tissu cicatriciel si bien que les liquides arrivant de l'intestin par la veine porte sont arrêtés. D'ailleurs, la signification du foie dans les échanges hydriques a été bien mise en évidence par des travaux récents. On sait, notamment par Villaret, que dans veine porte, la pression augmente de 25 *mm*. si on empêche ce vaisseau de transporter le volume d'eau en provenance de l'intestin. Dans ces conditions, celui-ci peut passer soit par des anastomoses à peine visibles, soit par les voies lymphatiques, soit par la cavité péritonéale. Comme le montre l'expérience sur l'animal, les voies lymphatiques suffisent pour cela. Il faut donc que, dans la pathogénèse de l'ascite, intervienne un phénomène autre et plus spécialement une lésion des capillaires qui constituent l'origine de la veine porte et qui seraient soumis aux mêmes actions toxiques (poisons intestinaux) que le parenchyme hépatique.

Dans le liquide d'ascite, on trouve non seulement des protéines qui témoignent d'un trouble de la perméabilité des capillaires, mais encore de la bilirubine, des graisses et de la cholestérine, de sorte que des ponctions répétées font perdre à l'organisme des protéines sanguines précieuses. Il en est d'ailleurs un peu de même dans la néphrose où on observe une hypoprotéinémie associée à une diminution de la pression oncotique.

Dans le cas d'une fillette de 5 ans observée par L., on a constaté la production d'ascite à un moment où la cirrhose hépatique en était, comme une biopsie l'a montré, à ses tout premiers débuts et où il n'y avait aucune stase porte. Un fenêtrage du rétropéritoine et une opération de Talma n'eurent pas de résultat et les ponctions durent être pratiquées de plus en plus fréquemment. Le dosage des protéines du sérum mit en évidence une diminution constante, fait auquel il fallait rapporter la production d'œdème. La mesure de la pression oncotique du sérum donna d'ailleurs des chiffres faibles (149 *mm*. de $H_2O$ contre 250 à 350, chiffre normal).

Comme les tentatives thérapeutiques n'avaient rien donné et comme il semblait s'être créé un cercle vicieux du fait de l'abaissement de la pression oncotique, on chercha à relever celle-ci par l'administration de protéines (sérum coagulé de bœuf, glycocolle, viande, fromage blanc). En même temps on réduisit la quantité de boisson. On fit ainsi monter les protéines du sérum au chiffre de 6,5 pour 100 qui n'avait pas encore été constaté. En plus, le poids de l'enfant se maintenait constant, ce qui permit de conclure que l'ascite ne se reproduisait pas. Finalement, la pression oncotique remonta à des chiffres normaux (250 *mm*. de $H_2O$). Rentrée chez elle, l'enfant ne suivit plus exactement le régime, notamment au point de vue de la boisson, et l'ascite recommença à se produire.

En somme, dans cette observation on a réussi à mettre en évidence l'importance particulière des lésions de l'endothélium capillaire et l'influence de la pression oncotique dans la pathogénèse de l'ascite. On comprend ainsi que ni le fenêtrage, ni l'opération de Talma n'aient agi, alors que le régime riche en protéines a eu des effets remarquables.

P.-E. Morhardt.

**Arno Werner** et **Martha Krüper.** ***Le syndrome d'Adie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 46, 12 Novembre 1938, p. 1615-1617). — Le syndrome d'Adie se rencontre plus fréquemment qu'on l'admet d'ordinaire. Cinq observations de W. et K. le démontrent. Dans la plus intéressante de ces observations, il s'agit d'une femme présentant un état d'épuisement physique et nerveux considérable. On constate que les pupilles ne sont pas complètement circulaires et sont inégales. Au cours d'un même examen, la pupille droite était une fois plus grande et une fois plus petite que la gauche. Les réflexes lumineux et à la convergence ne sont pas non plus identiques. Il en est de même pour les réflexes cutanés ou tendineux. Au total, il s'agit, au point de vue oculaire, d'une pupillotonie gauche associée à une absence plus ou moins inconstante des réflexes et notamment des réflexes abdominaux. La pupille gauche, qui, comme c'est la règle, est plus atteinte que la droite, est en même temps tonique et élargie. Le réflexe lumineux à gauche a été une fois indiqué, ce qui n'est pas exceptionnel. Ce qui est caractéristique, par contre, c'est que les pupilles se dilatent dans l'obscurité et que leur largeur varie avec le moment de la journée. En outre, la réaction de la pupille gauche à la convergence (réaction faible et retardée) est tout à fait typique du syndrome d'Adie. Chez cette femme, il existe des symptômes « névropathiques ». Sur 10 frères et sœurs, 7 sont morts en bas âge et il n'a été possible d'en examiner aucun. La réaction de Wassermann a été négative.

Dans un autre cas, il y a eu réaction paradoxale à la lumière (type Bechterew-Westphal) : rétrécissement minimum pour la lumière suivi de dilatation.

Au point de vue étiologique, on a constaté chez ces malades de l'alcoolisme et une intoxication chronique par le gaz d'éclairage.

P.-E. Morhardt.

### MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

**A. Hildebrandt** et **H. Otto.** ***Polynévrite de la grossesse et ses relations avec la vitamine*** $B_1$ (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 42, 21 Octobre 1938, p. 1619-1622). — Les résultats thérapeutiques de l'administration de vitamine $B_1$ aux femmes enceintes atteintes de polynévrite ont été généralement satisfaisants. Chez une femme enceinte, avec polynévrite grave, on a pu administrer une dose de 1.782 *mg*. de vitamine $B_1$ durant toute la grossesse, sans aucune manifestation de surdosage. L'accouchement eut lieu normalement, à terme, l'enfant était normal, et la polynévrite guérit. Jusque peu avant l'accouchement, on ne put mettre en évidence l'élimination de vitamine $B_1$ et la vitamine C, également administrée en abondance, n'était éliminée qu'en très faible quantité, alors que lors de l'accouchement la vitamine $B_1$ apparut normalement dans le sérum et la vitamine C atteignit des chiffres normaux dans les urines.

En même temps que l'amélioration de la polynévrite, le liquide gastrique, jusque-là hypoacide, reprit son acidité normale, l'anémie hypochrome disparut, les troubles hépatiques, ainsi que les modifications de la glycémie à jeun, ne furent plus constatables.

Ces faits montrent l'efficacité du traitement par la vitamine $B_1$ même lors de phénomènes polynévritiques graves.

G. Dreyfus-Sée.

**W. Frohn.** ***Intoxications arsenicales professionnelles chez des vendangeurs*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 42, 21 Octobre 1938, p. 1630-1635). — Les observations relatées par F. concernent des vignerons de la vallée de la Moselle chez lesquels, pour la première fois, ont été signalés des troubles toxiques dus aux produits employés pour la protection des raisins. Des signes prodromiques caractérisés par diverses manifestations au niveau des muqueuses précédaient de plusieurs années les signes d'intoxication chronique. Ceux-ci consistaient surtout en symptômes cutanés : hyperkératoses et mélanoses. La durée de la période d'incubation est variable selon l'intensité des contacts toxiques et leur nature; les mesures de protection prises ainsi que les facteurs individuels jouent aussi, vraisemblablement, un rôle.

La survenue de plusieurs cas dans une région très limitée est difficilement explicable. Il est possible cependant que la responsabilité en incombe à l'habitude prise dans ce vignoble d'absorber en assez grande quantité une boisson constituée par le jus des raisins pressés fortement une 2e fois après que le premier jus en a été exprimé à une pression moyenne ; ce jus est additionné d'eau et de sucre, puis on le laisse fermenter et il constitue une boisson économique que les vignerons absorbent à des doses élevées : 2 à 4 litres quotidiennement. La quantité d'arsenic que contient cette boisson est peu importante mais la prédisposition créée par une fragilisation hépatique provoquée par l'excès alcoolique quotidien n'est pas négligeable.

Les manifestations cliniques évoluent sous 3 formes essentielles : soit graves avec cirrhose hépatique et ascite, hyperkératoses et mélanodermies, dont le pronostic est très réservé, soit moyennes ou bénignes, sans signes viscéraux, curables à condition d'être diagnostiquées précocement afin de supprimer toutes nouvelles intoxications.

G. Dreyfus-Sée.

**H. Pette** (Hambourg). ***Les conceptions actuelles sur la nature de la sclérose en plaques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 47, 25 Novembre 1938, p. 1801-1806). — P. passe en revue les principaux caractères cliniques et étiologiques de la sclérose en plaques, tels qu'ils apparaissent dans la littérature médicale abondante sur ce sujet depuis la première description de Charcot.

Parmi les éléments étiologiques, il semble intéressant de souligner trois notions essentielles :

1° L'apparition très fréquente des manifestations pathologiques après une infection aiguë, une intoxication ou une crise endocrinienne;

2° La constitution brusque de l'affection sans symptômes prodromiques;

3° La tendance de la maladie aux récidives et aux poussées successives.

La rareté relative de l'affection par rapport à la fréquence des infections et intoxications aiguës doit faire souligner les facteurs prédisposants et en particulier les dispositions familiales. Cependant, la maladie n'apparaît pas comme une maladie héréditaire.

En ce qui concerne la thérapeutique, il n'y a pas de traitement spécifique ; en outre, on sait la fréquence des rémissions spontanées qui rend douteuse l'efficacité prétendue de nombreuses médications.

La physiothérapie non excessive peut être utile.

Prophylactiquement pour éviter les rechutes, seul un régime bien équilibré semble devoir être préconisé ; en particulier on insistera sur la nécessité dans le régime de l'équilibre minéral, et une ration suffisante de vitamines (surtout vitamines C et $B_1$) est indispensable.

G. Dreyfus-Sée.

**H. Lemser** (Berlin). ***Recherches sur les jumeaux diabétiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 47, 25 Novembre 1938, p. 1811-1815). — Les observations de jumeaux diabétiques montrent que, en général, les sujets ne deviennent diabétiques que s'ils présentent une prédisposition héréditaire, mais, par contre, que tous les porteurs d'hérédité diabétique ne deviennent pas forcément diabétiques. Outre les facteurs héréditaires il faut tenir compte de nombreux éléments agissant sur l'individu. Si la gravité du diabète est notamment influencée par l'hérédité, l'évolution des cas moyens et légers subit surtout l'action des circonstances accidentelles.

En particulier, la mentalité du sujet et sa soumission à un mode de vie hygiénique et médicalement surveillée peuvent éviter les manifestations évolutives.

En ce qui concerne les manifestations du diabète, les facteurs héréditaires accessoires associés au facteur héréditaire diabétique, de même que les circonstances de l'existence, ont un rôle important. Ils déterminent soit l'apparition des symptômes, soit leur latence, le diabète étant décelable seulement par des épreuves fonctionnelles. Parmi ces facteurs extérieurs, il faut insister, chez les femmes, sur la gravidité (nombre de grossesses) et, en général, sur l'influence des régimes alimentaires et des infections accidentelles.

Les observations de jumeaux font soupçonner l'hétérogénie des prédispositions diabétiques et montrent les fluctuations importantes des manifestations du diabète chez les jumeaux.

En pratique, cette étude démontre que tout porteur d'hérédité diabétique n'est nullement voué à la maladie et qu'un traitement prophylactique, diminuant ou supprimant les facteurs occasionnels fragilisants, peut fort bien empêcher durant toute l'existence les manifestations diabétiques.

G. Dreyfus-Sée.

### *DIE MEDIZINISCHE WELT*
### *(Leipzig)*

**Hans Koehler.** ***Apparition épidémique d'érythème exsudatif multiforme*** (*Die medizinische Welt*, t. **12**, n° 46, 12 Novembre 1938, p. 1631-1633). — Dans un groupe du service du travail comprenant 186 hommes, il fut observé par K., le 21 Avril, 2 sujets atteints d'érythème exsudatif multiforme typique des mains et des oreilles. Le même jour, d'autres cas furent observés, dans lesquels les éléments s'accompagnaient de phlyctènes. En 3 ou 4 jours, 36 hommes furent ainsi atteints.

Les hommes qui présentèrent cette affection travaillaient la terre et leur éruption fut, en général, précédée de douleurs lancinantes et de gonflement dans les mains. Dans 16 cas, c'était exclusivement le dos de la main et dans 7 cas le pavillon de l'oreille qui étaient pris.

Cette affection, qui a été isolée par Hebra, doit être distinguée de l'érythème noueux qui, cependant, survient parfois aussi en série. On a accusé comme cause de la maladie des infections amygdaliennes ou dentaires. Chez 3 de ces sujets atteints, on trouva des symptômes d'angine folliculaire. Dans aucun de ces cas il n'y a eu de symptôme très manifeste de rhumatisme. L'hémoculture a été pratiquée dans 12 cas y compris les 3 cas d'angine et les résultats ont été entièrement négatifs. A ce point de vue, les constatations des autres auteurs sont assez contradictoires. Néanmoins, le nombre de cas observés dans cette épidémie oblige à considérer qu'il s'agit d'une maladie autonome dans laquelle, à côté de l'agent pathogène, certaines conditions extérieures doivent intervenir. De fait, une dizaine de jours avant les premiers cas, la section avait dû subir une inspection vers 22 heures, par une température voisine de 0° et par un temps assez humide. Les hommes eurent à ce moment-là assez froid aux mains et aux oreilles. On s'explique ainsi que les régions les plus exposées, le dos de la main et le pavillon de l'oreille, aient été atteintes.

P.-E. Morhardt.

### *DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE*
### *(Leipzig)*

**Paul Sunder-Plassmann** (Munster en Westphalie). ***La maladie de Raynaud et son cycle morphologique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **251**, fasc. 3-4, Novembre 1938, p. 125-194). — Dans ce mémoire de 70 pages, S., passant en revue les différentes théories émises concernant la pathogénie de la maladie de Raynaud, constate que tous les auteurs s'accordent pour assigner à ce syndrome une origine purement vasomotrice, mais il ajoute que ces troubles circulatoires des extrémités manuelles s'observent, au moins à la période de début, alors que le pouls radial est normal, qu'il n'y a aucune manifestation de gangrène des doigts et qu'en même temps existent des troubles de la sécrétion des glandes endocrines qu'il faut savoir rechercher.

Etant admise l'influence du système nerveux sympathique, il fallait rechercher les lésions des ganglions sympathiques et, spécialement pour le membre supérieur, de l'étoilé. Or, il semble, la méthode de Bietschowsky étant employée, que les lésions principales ne portent pas sur le ganglion stellaire, mais bien sur les rami communicantes, dont la gaine de Schwann et les cylindres-axes sont œdématiés. Ces lésions auraient été retrouvées dans la « substance neuro-végétative », aussi bien dans les nerfs périphériques que dans les centres cérébro-médullaires, comme les constatations anatomo-pathologiques et les résultats des expériences sur les animaux sembleraient le démontrer. Ces lésions de « la substance neuro-végétative » seraient sous la dépendance d'une intoxication, peut-être sous l'influence d'un trouble des glandes endocrines. Les facteurs tels que le froid, les influences psychiques joueraient un rôle de localisation, notamment en ce qui concerne les parties du corps soumises au froid : doigts, orteils, nez, oreilles.

S. cite le cas d'une malade présentant un syndrome de Raynaud au niveau des doigts et qui n'avait pas été soulagée par les différentes thérapeutiques, dont l'administration de « Padutin ». Il fit une infiltration de novocaïne à 1 pour 100 des deux ganglions stellaires : brutalement, les deux mains noircissent comme si elles avaient été trempées dans l'encre, en même temps que la patiente accuse un malaise général, dont elle pense mourir; puis, 5 minutes après l'injection, elle ressent, au niveau de ses mains, une sensation de bien-être avec une sensation de chaleur. Mais, au bout de 2 heures 1/2, la sensation de froid réapparaît. Devant ce résultat, l'auteur décide d'extirper le ganglion étoilé gauche. Dès son ablation, les deux mains sont le siège d'une circulation intense et se colorent en rouge. 2 jours après, la main droite redevient froide et cyanosée, tandis que la main gauche reste rouge et chaude. Lorsque le ganglion stellaire droit fut extirpé, les mêmes modifications heureuses furent constatées au niveau de la main droite.

Avant d'intervenir dans ce sens, S. conseille d'administrer de la thyroïde sèche et de la vitamine $B_1$.

P. Wilmoth.

### *THERAPIE der GEGENWART*
### *(Berlin)*

**Otto Henningsen.** ***Pathogénèse et traitement des fistules anales*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **79**, n° 11, Novembre 1938, p. 494-498). — Les fistules anales peuvent avoir une origine traumatique et être consécutives à une plaie du périnée. Elles peuvent être également la conséquence de processus inflammatoires, parfois tuberculeux, qui intéressent les organes ou le squelette du bassin. Quant à la fistule anale typique, elle représente l'état terminal qui succède à une inflammation du tissu périanal. Cette affection peut également être la conséquence de la pénétration d'un corps étranger ou d'inflammation spécifique ou non (typhoïde, tuberculose, syphilis, blennorragie, etc.).

On a ainsi considéré que la plupart des fistules étaient d'origine tuberculeuse, origine qui seule, pensait-on, pouvait expliquer la mauvaise tendance à la guérison que présentent ces lésions. Actuellement, on ne peut pas admettre que la proportion de ces formes fasse plus de 10 à 12 pour 100 du total. Les fistules anales sont cependant plus fréquentes chez les tuberculeux que chez les non tuberculeux.

Mais les fistules ont également pour origine les hémorroïdes. C'est là, comme le rappelle H., un fait sur lequel Blond et Hoff ont particulièrement attiré l'attention au cours de ces dernières années. D'après eux, dans une région variqueuse, il surviendrait une thrombose spontanée qui se mettrait à suppurer en provoquant un abcès périproctique. L'abcès ainsi formé peut s'ouvrir dans le rectum ou à l'extérieur ou encore des 2 côtés à la fois. La radiographie prise après injection dans les trajets fistuleux montre bien qu'il s'agit là de lésions qui correspondent comme situation au cours des veines hémorroïdaires. La fissure anale aurait une origine vasculaire du même genre, mais plus superficielle.

Le traitement des fistules doit commencer dès le début et consister, autant que possible, à inciser l'abcès en suivant le plus possible une direction circulaire par rapport à l'anus, en veillant à ce que les granulations se produisent à partir du fond de la cavité. Une fois la fistule formée, le traitement consiste, d'après Blond et Hoff, à injecter une solution de quinine qui réalise une oblitération des vaisseaux par sclérose du tissu sous-muqueux. Des pâtes à base de quinine et d'iode agiraient également d'une façon satisfaisante.

Mais, comme le remarque H., l'intervention opératoire est bien souvent le traitement de choix. Elle nécessite un diagnostic exact et se pratique le plus possible en ouvrant tous les segments du système fistuleux. Le résultat obtenu dépend d'ailleurs de la manière dont la plaie opératoire guérit, phénomène qui peut se faire attendre assez longtemps quand l'intervention a été importante.

P.-E. Morhardt.

### *ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN*
### *(Leipzig)*

**H. W. Knipping, H. Paschen** et **W. Steinmeyer.** ***Recherches sur la respiration pendant le travail*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **59**, n° 48, 25 Novembre 1938, p. 881-887). — Au moyen de transfusions, K., P. et S. ont cherché à préciser dans quelle mesure la respiration, le cœur et la circulation peuvent être influencés de façon purement humorale au cours du travail. On com-

mença par transfuser du sang prélevé chez des sujets au repos et on contrôla le pouls, l'électrocardiogramme, le volume respiratoire et l'absorption d'oxygène. Puis on soumit les donneurs à un travail d'une intensité déterminée et l'on fit de nouvelles transfusions (50 à 100 $cm^3$) en pratiquant les mêmes contrôles. Il s'agit toujours de sang citraté.

Alors que le sang de donneurs au repos ne provoqua pas de modifications, on nota, chez certains receveurs, avec le sang de sujets travaillant, une influence nette sur la fréquence du pouls et sur la respiration. Il est probable que la sécrétion d'adrénaline intervient dans ces modifications. Peut-être pourrait-on envisager des applications thérapeutiques basées sur ces constatations, mais de nouvelles recherches plus étendues sont nécessaires.

P.-L. Marie.

**K. Hoesch.** ***Succès de la préparation AT 10 dans une thrombopénie très grave consécutive à une insuffisance pluri-glandulaire*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 59, n° 52, 24 Décembre 1938, p. 962-969). — On peut distinguer deux formes cliniques des thrombopénies: la forme splénogène, due à une destruction exagérée des plaquettes dans la rate ou à une inhibition de la production des plaquettes, forme souvent curable par extirpation de la rate; la forme myélogène essentielle, plus rare, qui présente une forte diminution des mégacaryocytes et des altérations de la moelle osseuse. La ponction sternale permet de différencier facilement ces deux formes.

Dans la thrombopénie splénogène, les influences hormonales jouent un grand rôle. A côté de l'hormone splénique, les hormones surrénales, génitales et thyroïdiennes interviennent dans la production des plaquettes dans la moelle osseuse et dans leur répartition dans le sang. En outre, dans bien des thrombopénies on trouve une légère hypocalcémie indiquant une insuffisance parathyroïdienne. La préparation AT 10, association de deux stérols (tachystérol et toxistérol), qui s'apparente à l'hormone parathyroïdienne et joue un rôle important dans le métabolisme du calcium, mais n'exerce pas d'action spécifique sur les hémorragies, a été employée par H. avec un succès éclatant dans un cas de purpura aigu thrombopénique des plus graves.

Il s'agissait d'une femme de 42 ans, basedowienne, qui, deux mois après la thyroïdectomie, présenta des accès de suffocation menaçants et des hémorragies multiples récidivant à chaque menstruation. L'étude hématologique montra une thrombopénie accentuée (7.000 plaquettes par $mm^3$) avec un temps de coagulation normal et un temps de saignement très augmenté. L'hypocalcémie à 8 *mg.* indiquait une insuffisance parathyroïdienne. H. discute les rapports entre les parathyroïdes et les glandes génitales et admet l'existence d'une insuffisance pluriglandulaire chez cette malade.

Les hémorragies cutanées et viscérales cédèrent à l'ingestion régulière de AT 10. Deux petites rechutes suivirent la suspension du traitement. Mais depuis que la malade prend régulièrement XX gouttes de AT 10 trois jours avant le début des règles, aucune hémorragie ne se produit plus. La calcémie est remontée à 9 *mg.* et les plaquettes à 80.000 par $mm^3$. L'état général est redevenu parfait depuis six mois, et le traitement a pu être abandonné depuis quelques mois sans incident.

H. recommande donc de faire un essai avec la préparation AT 10 dans les hémorragies avec thrombopénie accompagnées d'hypocalcémie. Mais il faut se rappeler qu'elle est dépourvue d'action spécifique vis-à-vis des hémorragies et qu'on ne saurait la considérer comme une panacée en pareil cas. Les grosses doses données en une fois, comme le fait Gissel, méritent d'être essayées.

P.-L. Marie.

## *WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*

**Leifer et Winkler.** ***Contribution au diagnostic de la bronchiolite oblitérante*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 51, n° 50, 16 Décembre 1938, p 1331-1332). — En s'appuyant sur une observation personnelle, L. et W. tentent d'établir les caractères différentiels entre la bronchiolite oblitérante et la tuberculose miliaire, qui sont si difficiles à diagnostiquer l'une de l'autre, étant donné la similitude des aspects cliniques et surtout radiologiques. En premier lieu, la dyspnée et la cyanose qui dominent le tableau sont encore plus dramatiques chez les malades atteints de B. O. qu'au cours de la T. M., et jamais les patients n'ont cette euphorie légère qu'on peut observer chez les T.; ils ont, au contraire, la sensation de mort imminente; par contre, la B. O. est apyrétique ou modérément fébrile et l'on n'observe pas les hautes températures de la T. M. Si l'opposition entre les signes fonctionnels et le peu de signes physiques est la même dans les deux affections, l'amélioration spontanée qui apparaît au bout de 3 à 5 semaines dans la B. O. est très caractéristique et, à ce moment, la différencie non seulement de la T. M., mais aussi de toutes les autres affections pulmonaires diffuses, carcinose miliaire, sarcoïdes de Boeck, etc.

Enfin, le diagnostic peut être éclairé par l'examen de la formule sanguine: la T. M. est caractérisée par une leucopénie marquée, avec diminution du nombre des lymphocytes, et par la rareté des éosinophiles; chez le malade observé, on constatait une leucocytose légère, avec lymphocytose, et une éosinophilie à 11 pour 100.

Basch.

## *BRUXELLES MEDICAL*

**H. Monteiro** (Porto). ***La lymphangéiographie chez le vivant. Méthode, résultats et applications*** (*Suite et fin*). [*Bruxelles Médical*, t. 19, n° 8, 25 Décembre 1938, p. 242-252]. — La radiographie des lymphatiques, après injection de substance colorante opaque aux rayons, chez le chien, permet d'étudier le rétablissement de la circulation lymphatique, interrompue par ligature ou section des vaisseaux lymphatiques, évidement ganglionnaire et transplantation des ganglions. Par exemple, au niveau du cou, la ligature ou la section d'un tronc jugulaire montre d'importantes anastomoses médianes qui donnent passage à la lymphe du côté opéré, pour les ganglions et le tronc jugulaire de l'autre côté. Après ligature ou section des deux troncs jugulaires, on constate, outre le développement des anastomoses médianes, l'existence d'autres voies lymphatiques préformées ou néoformées, très minces et flexueuses, se portant vers la colonne vertébrale.

Les sympathicectomies favorisent le rétablissement de la circulation lymphatique, après interruption des grands troncs, par le développement d'un plus grand nombre de voies de dérivation.

Après ablation totale des ganglions d'une région, le rétablissement de la circulation lymphatique se fait par néoformation et développement de voies de dérivation établissant une union entre les extrémités des vaisseaux afférents et efférents.

Dans les expériences de transplantation pulmonaire, on peut observer les mutations des ganglions transplantés et la façon dont se rétablissent les connexions des ganglions avec les vaisseaux lymphatiques.

Robert Clément.

## *LE SCALPEL (Bruxelles)*

**J. Mombaerts.** ***L'hypertrophie prostatique est-elle une infection endocrinienne*** (*Le Scalpel*, t. 91, n° 50, 10 Décembre 1938, p. 1601-1612). — Les théories hormonales de l'hypertrophie prostatique sont prématurées. Expérimentalement, les hormones génitales mâles des types androstérone et testostérone et femelle du type folliculine ont un effet complexe, mais réel, sur les glandes sexuelles annexes des animaux. D'autre part, l'hypertrophie prostatique est essentiellement une maladie du vieillard. Il est donc naturel que des hypothèses aient été émises sur l'origine endocrinienne de cette affection. Mais si on étudie les éléments et les hypothèses de ces systèmes endocriniens proposés, on doit conclure que les arguments sont insuffisants et parfois contradictoires.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est préférable de s'abstenir d'explications trop hasardeuses et de rester sur un terrain objectif jusqu'à confirmation ou infirmation des hypothèses sur le rôle des hormones dans le développement de l'adénome prostatique.

Robert Clément.

## *L'UNION MÉDICALE DU CANADA (Montréal)*

**R. Turpin** (Paris). ***Les conditions d'apparition du mongolisme*** (*L'Union médicale du Canada*, t. 67, n° 12, Décembre 1938, p. 1263-1266). — Bien que l'étiologie du mongolisme demeure encore mystérieuse, les circonstances qui environnent son apparition sont intéressantes à préciser. T. a poursuivi cette enquête à propos de 104 cas de mongolisme.

82 fois l'examen maternel a été effectué: il a montré que la syphilis et la tuberculose ne sont pas plus fréquentes chez la mère des mongoliens que chez les femmes prises au hasard. Aucune maladie infectieuse ou viscérale ne retient non plus l'attention. On a noté la langue scrotale 3 fois, 2 cas de débilité mentale, 1 de retard du langage, 1 d'amnésie, 1 de troubles confusionnels, 4 de psychasthénie et 6 de folie puerpérale.

L'examen paternel, pratiqué 76 fois, n'a pas montré la fréquence ni de l'alcoolisme, ni de la tuberculose, ni de la syphilis, ni d'intoxication endogène ou exogène. Quatre fois la langue était plicaturée et il y avait une proportion relativement élevée d'anomalies psychiques: débilité mentale, 2 fois; épilepsie post-traumatique, 1 fois; crises nerveuses, 1 fois; obsession, 1 fois. On note encore 2 bègues et 1 myope.

L'examen de 164 collatéraux montre une proportion de naissances avant terme de 7.3 pour 100. Des troubles de la croissance anormalement fréquents, quelques dystrophies et, surtout, des anomalies neuro-psychiques. La proportion des naissances gémellaires (1,6 pour 100) est un peu supérieure à la moyenne en France (1,1 pour 100).

L'âge moyen des mères de mongoliens est supérieur à l'âge moyen des mères d'enfants normaux. Ces enfants sont toujours une exception dans leur famille. Trois fois seulement, on a pu dépister un mongolien parmi les collatéraux des parents des malades. La consanguinité des parents est analogue à celle observée en France.

L'hypothèse d'un trouble génétique cadre mieux avec les faits que les théories infectieuses ou traumatiques. Mais il ne faut pas perdre de vue le rôle joué par l'âge maternel. La fréquence du mongolisme serait réduite des deux tiers au moins si la procréation, pour la femme, était limitée à la période de la vie qui s'étend de 20 à 30 ans.

Robert Clément.

**J. Saucier** (Montréal). ***Notes préliminaires sur l'électropyrexie dans le traitement de la chorée*** (*L'Union médicale du Canada*, t. 67, n° 12, Décembre 1938, p. 1273-1277). — L'électropyrexie donne les meilleurs résultats et est surtout indiquée dans les chorées rhumatismales. Les cas traités n'ont présenté aucun signe de la série encéphalitique et rien ne laissait supposer chez eux la syphi-

lis congénitale. Les cas légers et récents bénéficient du traitement aussi bien que les anciens récidivants ou compliqués.

Pour les 3 ou 4 séances d'électropyrexie, le malade est préparé. La veille au coucher et le matin du traitement, lavement évacuateur; 0 *g.* 50 de « Nembutal » au coucher et le matin du traitement. Ce jour-là, déjeuner à 6 h. 30, 1 *g.* de salicylate intra-veineux à 7 h., injection de « Coramine » sous-cutanée avant de commencer. L'électropyrexie atteint 40°6 en 1 heure et cette température est maintenue 4 à 5 heures; le retour à la normale est obtenu en 45 minutes environ. Au cours du traitement, le malade absorbe 3 *g.* de chlorure de sodium toutes les heures et environ 3 litres d'eau. La température est prise toutes les 10 minutes. Entre chaque séance, on a laissé de 4 à 7 jours.

Les 17 choréiques traités avaient entre 6 et 21 ans, avec une proportion de garçons légèrement supérieure. Il s'agissait de 3 chorées légères, 10 modérées et 4 assez sérieuses.

Avec l'électropyrexie, le traitement à l'hôpital a duré 20 jours environ (15 à 27). Le pourcentage de guérison fut de 82,3 pour 100, 14 fois après 3 séances, 3 fois après 4 séances.

Bien qu'ayant publié 2 cas de mort consécutive à l'électropyrexie, S. considère la médication comme inoffensive lorsque la technique est bien observée. C'est pour lui, actuellement, le traitement de choix de la chorée de Sydenham.

Robert Clément.

### THE LANCET
### (Londres)

**A. W. Spence** et **E. F. Scowen.** ***Observations nouvelles sur le traitement hormonal de l'ectopie testiculaire*** (*The Lancet*, n° 6009, 29 Octobre 1938, p. 983-987). — Le traitement de l'ectopie testiculaire par l'hormone gonadotropique, extraite de l'urine de femme enceinte, ne doit être employé que chez les sujets qui n'ont pas d'anomalie anatomique.

La dose employée doit être au moins de 500 unités-rats en injection intramusculaire, 2 fois par semaine.

Le traitement ne doit pas être employé chez les enfants au-dessous de 10 ans, de crainte de développer une puberté précoce. L'âge optimum est entre 10 et 14 ans. Au-dessus de 18 ans, le traitement reste sans effet, probablement parce que l'ectopie testiculaire est due à une malformation anatomique.

Dans les cas de simple rétraction du testicule, le traitement agit dans les 3 mois. D'ailleurs, dans la plupart des cas, ce traitement est inutile puisque le testicule descendra spontanément à la puberté.

Les testicules situés dans le canal inguinal répondent au traitement dans 76 pour 100 des cas de double ectopie, dans 64 pour 100 des cas d'ectopie unilatérale.

D'une façon générale, les succès sont plus nombreux dans les cas de bilatéralité. Cette différence est due sans doute à la malformation plus fréquente dans l'ectopie unilatérale.

Le succès du traitement est peu probable lorsque le testicule est non-palpable ou fixé. Après un essai infructueux de 6 mois, il faut opérer. Dans ces cas, l'ectopie est due à une malformation.

La présence d'une hypoplasie génitale ou d'une hernie inguinale n'est pas une cause d'échec pour le traitement hormonal.

En dehors de l'âge, il n'y a pas de contre-indication à ce traitement et les complications telles que l'augmentation du volume du pénis sont rares. Il n'est pas prouvé, notamment, que l'administration continue de l'hormone gonadotropique produise une dégénérescence des testicules. Mais, en présence d'une anomalie anatomique, il est prudent de ne pas attendre la descente spontanée du testicule et d'opérer avant la puberté pour empêcher l'atrophie testiculaire.

André Plichet.

**A. R. Thompson** et **C. R. M. Greenfield.** ***La chimiothérapie dans la rougeole et la coqueluche*** (*The Lancet*, n° 6009, 29 Octobre 1938, p. 993-994). — Cette étude porte sur 1.219 cas de rougeole et 244 cas de coqueluche divisés en 2 groupes.

Au premier groupe, qui réunissait en plus grande proportion les cas graves, on donna de la sulfanilamide ou du benzyl-sulphonamide d'une façon régulière depuis l'admission de ces malades à l'hôpital, la dose étant en rapport avec la gravité des complications et l'âge des sujets.

L'autre groupe fut traité par les moyens classiques.

Les malades du premier groupe firent moins de complications auriculaires dans la rougeole et de complications pulmonaires dans les 2 affections. Ces malades sortirent plus tôt de l'hôpital.

Ces 2 médicaments furent bien tolérés par les enfants et n'eurent pas d'effets toxiques, même administrés pendant de longues périodes. Ils donnèrent des résultats encourageants chez les tout jeunes enfants, spécialement dans les broncho-pneumonies, le catarrhe des voies respiratoires supérieures.

La sulfanilamide semble être plus active que le benzyl-sulfonamide. Ces résultats obtenus au cours d'une épidémie bénigne de rougeole et de coqueluche demandent à être confrontés avec d'autres résultats obtenus chez des sujets atteints de formes plus graves.

André Plichet.

### ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
### (Chicago)

**Hopkins, Kesten** et **Hazel.** ***Urticaire provoquée par la chaleur ou des stimulants psychiques*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 38, n° 5, Novembre 1938, p. 679-691). — Duke a distingué trois type d'urticaire provoquée par le chaud ou le froid: une urticaire généralisée provoquée par la chaleur, les exercices physiques et les émotions; une urticaire localisée provoquée par la chaleur, et une urticaire localisée provoquée par le froid.

L'*urticaire généralisée* ou cholinogénique, dont H., K. et H. ont observé 15 cas, peut apparaître après un bain chaud, le séjour dans une chambre chaude, l'exposition au soleil, l'absorption d'aliments chauds, ou encore après des exercices physiques: jeux athlétiques, danse, natation; des stimulants psychiques peuvent également la provoquer. Des placards d'urticaire rouge avec centre blanc apparaissent généralisés, avec parfois œdème des paupières, des lèvres, des mains ou des pieds; certains malades accusent des palpitations ou des douleurs abdominales. Chez ces malades, l'urticaire peut être provoquée expérimentalement par la chaleur.

H., K et H. n'ont pas constaté de relations nettes entre cette urticaire et une déficience thyroïdienne.

Grant, Pearson et Comeau avaient soutenu que ces lésions urticariennes étaient dues à l'excitation des terminaisons nerveuses cutanées par l'acétylcholine. H., K. et H. ont pu reproduire expérimentalement ces attaques d'urticaire par l'acétylcholine en ionisation ou en injection.

Dans l'*urticaire localisée par le chaud*, les plaques résultent de l'action directe de la chaleur sur la peau.

Quant à l'*urticaire localisée par le froid*, elle paraît due à la présence d'anticorps qui agissent sur les cellules cutanées à basse température.

R. Burnier.

**Shaffer** et **Arnold.** ***Lymphogranulome vénérien*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 38, n° 5, Novembre 1938, p. 705-711). — S. et A. ont observé 46 cas de maladie de Nicolas-Favre chez des négresses, avec parfois ulcérations vulvo-vaginales, éléphantiasis et masses polypoïdes à l'entrée du vagin et du rectum.

La réaction de Frei avec l'antigène cerveau de souris a été positive.

Bien que la réaction de Kahn ait été positive dans 19 cas (41 pour 100), douteuse dans 2 et négative dans 25 cas, S. et A. n'ont pas constaté que la syphilis cause un état d'anergie chez les lymphogranulomateux et donne une réaction de Frei négative, comme l'ont soutenu Sulzberger et Wise; d'autre part, S. et A. n'ont pas observé que le lymphogranulome tende à donner de fausses réactions positives pour la syphilis.

S. et A. ont traité 22 de leurs malades par les composés *sulfanilamidés;* ils ont obtenu 4 guérisons, 11 améliorations, 3 échecs; 4 malades ont disparu au cours du traitement.

Ces résultats favorables confirment ceux qui ont été obtenus en Allemagne et en France.

R. Burnier.

**Van Studdiford.** ***La tuberculine comme diagnostic et traitement de certaines formes d'acné*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 38, n° 5, Novembre 1938, p. 737-745). — On sait que quelques auteurs, comme Kemeri et Ramel, ont rattaché certaines formes d'acné, en particulier l'acné pustuleuse à gros éléments, à la tuberculose.

S. a examiné à ce point de vue 49 malades sur 111 atteints d'acné.

29 malades donnèrent des réactions positives, soit avec la tuberculine bovine, soit avec la vieille tuberculine humaine, soit avec les deux; 20 donnèrent des résultats négatifs avec l'une des deux tuberculines ou avec les deux; 4 de ces malades montrèrent à la radiographie pulmonaire des lésions anciennes ou récentes.

29 malades furent traités par des injections dans le deltoïde, pendant 60 jours et plus, avec des dilutions de vieille tuberculine variant de 1/100.000 à 1/1.000: 10 furent guéris, 11 améliorés, 4 ont reçu un traitement trop court pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

S. conclut que la tuberculine donne de bons résultats dans certains cas d'acné pustuleuse; jamais il n'a observé d'incidents fâcheux.

R. Burnier.

**Berkoff.** ***Dermatite par contact de lunettes à montures en corne*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 38, n° 5, Novembre 1938, p. 746-751). — Sutton a rapporté en 1927 un cas de dermatite de la face dû à des montures de lunettes en zylonite, substance malléable à base de pyroxyline et de camphre et rendue moins inflammable par l'addition de certains ingrédients.

Kristjansen rapporta 3 cas de dermatite de la face due à des lunettes dont la monture était en « écaille de tortue » et incrimine comme facteur étiologique les résines artificielles ou les teintures d'aniline employées dans la fabrication des montures.

B. a eu l'occasion d'observer un cas semblable chez un homme de 50 ans qui n'avait jamais eu d'eczéma auparavant; dix jours après avoir acheté et porté une paire de lunettes, le malade constata une démangeaison de la racine du nez, des oreilles, puis apparut une éruption eczématoïde avec vésicules, papules et croûtes sur la racine du nez, et s'étendant vers les tempes et derrière les oreilles en suivant exactement la ligne de contact des montures des lunettes; on notait un œdème secondaire des paupières, des oreilles et de la face.

Les lunettes appliquées comme test au pli du coude donnèrent des lésions analogues au bout de quelques jours.

Grâce aux tests pratiqués, on put s'assurer que la monture elle-même était la cause de la dermatite; celle-ci donna un test très positif, sa dissolution dans l'acétone donna encore une réaction positive, alors que la nigrosine, teinture employée pour colorer la monture, donna un test négatif, ainsi d'ailleurs que l'acide acétique dilué, le camphre, l'acétate de cellulose pure. Par contre, un échantillon d'acétate de cellulose du commerce (noir ou ambre) donna une réaction positive, ainsi que le phosphate de tricrésyl et de triphényl.

R. Burnier.

### ENDOCRINOLOGY
### (Los Angeles)

**H. Wilson, T. S. Sappington** et **W. T. Salter.** ***L'administration des protéines hormonales par voie buccale (protéine thyroïdienne et insuline)*** [*Endocrinology*, t. 23, n° 5, Novembre 1938, p. 535-545]. — Les expériences *in vitro* montrent que l' « inactivation » de l'insuline par les ferments protéolytiques n'est pas un phénomène irréversible. Au moyen de certains artifices, l'insuline peut récupérer son activité partiellement ou même totalement. Cette constatation laissait penser que l'administration de l'insuline par la bouche pouvait être efficace dans des conditions déterminées.

De fait, en donnant à des souris du chlorhydrate d'insuline par voie buccale, on peut déterminer, de façon constante, un coma hypoglycémique ou des convulsions dans les 2 heures suivant l'ingestion. La dose buccale nécessaire de chlorhydrate d'insuline représente environ 90 fois la dose sous-cutanée. Si l'on donne du chlorhydrate d'insuline prédigéré par la papaïne, la dose buccale s'abaisse à 45 fois la dose sous-cutanée. Les sels de fer augmentent l'efficacité de l'insuline et des digestats de cette dernière quand on les administre par la bouche.

Ces observations suggèrent l'existence de ressemblances qualitatives entre la thyroglobuline et l'insuline en ce qui concerne l'action des enzymes protéolytiques. Elles laissent penser encore que les protéines hormonales peuvent être employées par la bouche dans certaines conditions appropriées.

P.-L. Marie.

**I. G. Schmidt** et **L. H. Schmidt.** ***Rapports entre la température ambiante et l'action de la thyroxine*** (*Endocrinology*, t. 23, n° 5, Novembre 1938, p. 553-559). — Les expériences rapportées montrent que la thyroxine est bien plus toxique pour les cobayes exposés à une température ambiante élevée (32°) et à une humidité accentuée que pour ceux qui sont maintenus à une température plus basse (20°). Des ulcérations gastriques se développent fréquemment chez les cobayes maintenus à 32° pendant 2 à 6 semaines et traités par de petites doses de thyroxine. La perte de poids est bien plus grande après séjour à 32° qu'à 20°. Cette augmentation de toxicité de la thyroxine pourrait être attribuée à un épuisement des surrénales. Les constatations histologiques montrent que l'activité mitotique que l'on constate au niveau des surrénales dans les deux sexes, après ingestion de thyroxine à la température ordinaire, se trouve supprimée chez les animaux maintenus à 32°; mais chez les mâles, l'activité corticale redevient normale au bout de quelques semaines d'ingestion de thyroxine. La chaleur fait donc perdre, au moins partiellement, la propriété que possède le cortex surrénal de proliférer en réponse à un excès de thyroxine, ce qui peut expliquer l'augmentation de toxicité de cette dernière.

P.-L. Marie.

**B. Sure.** ***Influence de certaines avitaminoses sur le poids des endocrines*** (*Endocrinology*, t. 23, n° 5, Novembre 1938, p. 575-580). — Dans l'avitaminose A, une hypertrophie du pancréas a été observée dans 60 groupes d'animaux; elle atteint jusqu'à 40 pour 100. Dans l'avitaminose $B_1$, on constate une hypertrophie marquée des surrénales et de la thyroïde. Le fait le plus remarquable concernant le poids des endocrines dans les avitaminoses est l'atrophie prononcée du thymus dans la carence en vitamine $B_1$, atrophie qui fut constatée chez tous les animaux sans exception et qui s'accompagne de modifications histologiques. Dans les avitaminoses $B_1$ et $B_2$, on rencontre une hypertrophie de l'hypophyse, qui atteint respectivement 40 et 25 pour 100.

Si l'on soumet les animaux à un épuisement répété de leurs réserves en vitamine $B_1$, on peut réaliser un état d'avitaminose chronique qui fait apparaître les modifications suivantes: l'hypertrophie de l'hypophyse disparaît complètement; dans la thyroïde, elle tombe à une proportion infime; dans les surrénales, elle se réduit de 50 à 20 pour 100.

P.-L. Marie.

### THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES
### (New-York)

**Leo L. Orenstein** et **Paul Schilder.** ***Considérations psychologiques dans le traitement de la schizophrénie par l'insuline*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 88, n° 5, Novembre 1938, p. 644-661). — L'étude psychologique d'un certain nombre de cas de schizophrénie traités par le choc insulinique a spécialement porté sur le comportement et l'attitude des malades pendant et après le choc. Elle a conduit O. et S. aux déductions suivantes:

Les sujets présentent une difficulté égale pour percevoir et dénommer les objets dans l'état de stupeur et après le réveil.

Il existe une lenteur et un retard général dans les réactions du sujet, en particulier pour nommer les objets. Il existe également de la persévération.

Les modèles du comportement visuo-moteur sont du type primitif.

Une fois éveillé, le patient a une attitude amicale vis-à-vis des personnes qui l'entourent; les souvenirs de la phase stuporeuse sont incomplets.

Pendant les états d'excitation, des manifestations d'érotisme et de transfert sexuel peuvent se manifester. Les questions sexuelles peuvent s'évoquer dans des troubles paraphasiques.

L'état de maniérisme est associé à un trouble profond des fonctions de perception.

Des troubles du sens de la durée peuvent s'observer et, chez un sujet, ces troubles s'observaient à l'état pur sous forme d'une diminution considérable dans la rapidité d'écoulement du temps.

Des états de vide, ou d'excitation joyeuse, et qui ne sont pas schizophréniques mais plutôt dus à l'hypoglycémie, peuvent s'observer. Toutefois, dans quelques cas, des symptômes schizophréniques peuvent se présenter sous forme d'une « activation de la psychose schizophrénique ».

Des cas guéris montrent une connaissance objective sans compréhension psychodynamique. On a fréquemment l'impression que ce dernier phénomène est mieux durant l'état psychotique. La connaissance objective complète est perdue dans des cas partiellement améliorés.

H. Schaeffer.

### JAPANESE JOURNAL of MEDICAL SCIENCES
### (Tokio)

**S. Hassegawa, T. Nakamoto, Y. Miyasaki** et **M. Akiyosi.** ***Contribution à l'étude de l'actinomycose expérimentale*** (*Japanese Journal of medical Sciences*, t. 3, n° 2, Octobre 1938, p. 27-85). 27 cas d'actinomycose humaine ont permis d'isoler 23 souches anaérobies, dont 1 facultativement anaérobie et 4 souches aérobies. Les besoins en oxygène de ces souches ne furent pas modifiés par le vieillissement.

L'inoculation de toutes ces souches à l'animal a toujours donné lieu à la production d'un abcès, abcès circonscrit, ne progressant pas ultérieurement, de faibles dimensions si la quantité de culture inoculée est petite et guérissant alors rapidement. Chez les lapins porteurs de gros abcès consécutifs à une inoculation massive, on trouve une légère leucocytose, sans modification de la vitesse de sédimentation des hématies. La particularité de ces abcès réside dans la prolifération intense du tissu de granulation de la paroi, qui fait progressivement saillie dans la cavité et la divise en plusieurs loges. Souvent, on y trouve des massues. La ressemblance avec l'abcès actinomycosique humain est frappante. Les massues représentent un mode de défense des parasites contre la réaction de l'organisme, en particulier contre l'action des leucocytes.

On ne peut constater aucune différence de virulence entre les souches aérobies et anaérobies. On peut en déduire que l'actinomycose humaine peut être provoquée par des champignons aérobies aussi bien qu'anaérobies.

Si la quantité inoculée est faible, l'abcès reste petit et guérit rapidement, mais sa structure est spécifique. De même, chez l'homme, quand il n'y a pas d'infection surajoutée, l'abcès actinomycosique est très localisé et n'entraîne pas de lésions notables.

La virulence de l'*Actinomyces* est très faible et, même en injection intraveineuse, les lapins ne succombent pas, s'il ne se produit pas une embolie mycosique. Les agents pathogènes sont souvent phagocytés par le système réticulo-endothélial et sont détruits en peu de temps dans l'organisme. Pour déterminer des modifications morbides avec une injection intraveineuse, il faut que les grains mycosiques adhèrent à la paroi vasculaire ou qu'il se produise une embolie. Si les *Actinomyces* ne se groupent pas en assez grand nombre, il ne survient pas de lésions nettes.

Les endroits les plus favorables pour l'inoculation sont ceux où les *Actinomyces* ont le plus de chances d'être retenus: tissu sous-cutané, plèvre, poumon, mais, avec ce dernier, l'infection secondaire modifie progressivement le tableau morbide.

Les divers procédés de culture ne parvinrent pas à augmenter la virulence de l'*Actinomyces*.

L'association de *Str. viridans*, du *Sta. aureus* et du *Sp. dentium* permit de provoquer une actinomycose progressive, ressemblant fort à la maladie humaine. Les altérations sont intenses avec les cocci pyogènes, minimes avec le *Sp. dentium*.

P.-L. Marie.

### ACTA MEDICA SCANDINAVICA
### (Stockholm)

**K. G. Kaijser** (Stockholm). ***La réaction à la gomme mastic dans la poliomyélite antérieure aiguë*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 98, n° 3, 12 Janvier 1939, p. 209-231). — La réaction de la gomme mastic a été peu étudiée jusqu'ici au cours de la poliomyélite antérieure. Toutefois, divers opérateurs ont pensé qu'un certain type de réaction se rencontrait dans cette affection et en ont fait une des caractéristiques de la maladie.

Après avoir précisé la technique de la réaction, K. expose les résultats qu'il a notés dans 14 cas de poliomyélite accompagnée de paralysies. Chez tous ces malades, il a trouvé une réaction offrant des caractères analogues: floculation modérée dans le tube répondant à la concentration la plus forte, floculation maximum dans les tubes 2, 3 ou 4, disparition dans le 6e ou le 7e tube, si bien qu'en moyenne le degré de trouble s'exprime par les chiffres suivants: 123321000. La courbe obtenue


CHLORO-CALCION
CHLORO-CALCION
Solution titrée de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil. à café = 1 gr. CaCl²
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hemorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR.
Pour 100 Gr. Chlorure de Calcium purifié cristallisé ... 36,23
Excipient ... 63,76
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4 bis, Rue du Colonel-Moll - PARIS (17e)

offre une certaine ressemblance avec celle de la syphilis cérébrale, sans avoir la large et profonde dépression de la courbe syphilitique. Cette courbe uniforme mérite d'être regardée comme caractéristique.

Dans les poliomyélites abortives sans paralysies (10 cas), la courbe ne présenta pas de constance, ni de caractère bien marqués.

Chez les malades considérés comme douteux, la réaction se montra normale.

P.-L. Marie.

**N. I. Nissen** (Copenhague). ***La sérothérapie de la pneumonie lobaire ; traitement par le sérum antipneumococcique de lapin*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 98, n° 3, 12 Janvier 1939, p 231-261). — Depuis 1935, N. a traité de nombreuses pneumonies par la sérothérapie antipneumococcique dans les hôpitaux de Copenhague. Jusqu'en Octobre 1937, il a employé des sérums équins d'origine américaine; depuis, il s'est servi presque exclusivement de sérums de lapin obtenus à l'Institut d'Etat danois.

Avec les sérums non spécifiques (sérum du type I fait à des patients atteints d'infections d'un autre type, le plus souvent pneumonies dues au type III), le taux de mortalité a été le suivant: 18 pour 100 avec une sérothérapie instituée entre le 1er et le 4e jour; 35 p. 100 avec un traitement fait après le 4e jour, soit, au total, 25 pour 100. Sans sérothérapie, la mortalité a atteint 42 pour 100. La sérothérapie par les sérums non spécifiques abaisse donc incontestablement la mortalité, mais on n'observe pas souvent une chute typique de température après cette sérothérapie.

Avec les sérums antipneumococciques monovalents de lapin administrés à des malades dont le type de pneumocoque avait été soigneusement identifié, les résultats furent encore meilleurs, puisque la mortalité tomba à 6 pour 100 pour les malades traités avant le 5e jour et à 26 pour 100 pour ceux traités postérieurement. Une défervescence brusque suit souvent l'injection de sérum monovalent. Les doses ont été de 80.000 unités, si le traitement est institué le 1er jour de la maladie, pour atteindre 160.000, s'il est commencé le 3e jour. Le sérum est fait par voie veineuse pendant les premières 24 heures.

L'absence d'efficacité du sérum spécifique peut être due à un traitement trop tardivement institué, à une infection par plusieurs types de pneumocoques ou par d'autres bactéries associées, à une posologie insuffisante, à la mauvaise qualité du sérum, à l'existence d'une septicémie pneumococcique, à un état pathologique préexistant (lésions pulmonaires et cardiaques, cirrhose hépatique, etc.), à des complications de la pneumonie du côté des poumons, du cœur, des méninges ou du péritoine.

On n'observa un choc sérique que dans 5 à 7 pour 100 des cas et un collapsus sérique qu'une fois sur 222 primo-injections. Le choc sérique ne se montra pas plus fréquent, ni plus sévère avec les sérums de lapin non concentrés qu'avec les sérums de cheval concentrés américains.

La maladie du sérum survint plus rarement (21 pour 100) avec ces derniers qu'avec les sérums de lapin non concentrés (47 pour 100), affectant avec ceux-ci une gravité plus grande; il est probable que la concentration de ces sérums ferait diminuer ces inconvénients.

Les complications pulmonaires suppurées (empyème) furent à peu près aussi fréquentes avec le sérum que sans sérum.

P.-L. Marie.

**B. Jonsson** (Upsal). ***Contribution à l'épidémiologie de la paralysie infantile*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. 98, p. 193). — Cette étude est basée sur l'analyse statistique de deux épidémies de poliomyélite survenues, en 1935-1937, à Eskilstuna (Suède septentrionale). Elles groupent 266 cas avec paralysie, 62 cas abortifs avec fièvre et plus de 10 cellules dans le liquide céphalo-rachidien, 109 cas douteux à ponction lombaire négative. Jamais cette région n'avait été touchée sérieusement par cette maladie.

Le risque de contamination peut être évalué à 0,5 pour 100 pour les sujets de tout âge; mais, si l'on tient compte de l'âge, on voit que ce risque est minime entre 25 et 30 ans et va encore en diminuant ensuite. Les enfants de plus de 5 ans ont paru plus exposés dans cette épidémie que durant les épidémies suédoises antérieures, où c'étaient les sujets de moins de 5 ans qui étaient les plus frappés. Les sujets masculins, à la campagne, ont été plus atteints que les féminins. Le risque de contamination a été égal à la ville et à la campagne, ce qui plaide contre la théorie de l'infection par contact. On n'a pu démontrer un contact infectant que dans un très petit nombre de cas; il est difficile de savoir s'il ne s'agit pas là de pur hasard; J. a essayé d'utiliser la méthode statistique de Dahlberg pour sortir de cette difficulté, mais son matériel est trop restreint pour trancher le problème.

Quant à la voie suivie par la maladie pour se répandre, la répartition des cas permet d'exclure la voie hydrique. La javellisation de l'eau de conduite n'a pas eu d'effet sur l'extension de l'épidémie dans les secteurs urbains recevant l'eau ainsi traitée. L'enquête faite pour établir si les familles des malades avaient reçu du lait ou du beurre provenant de domaines où régnait la maladie n'a pas décelé de source de contagion de ce genre.

En ce qui concerne la symptomatologie, la statistique montre que la musculature du tronc a été surtout touchée par la paralysie, puis celle des jambes, enfin celle des bras, mais les différences ne sont pas très marquées.

A signaler enfin que, sur 1.100 personnes ayant reçu une dose préventive de sérum de convalescent, 7 contractèrent la maladie; celle-ci se montra bénigne. J. n'en tire pas d'ailleurs de conclusions.

P.-L. Marie.

## *ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA*
## *(Stockholm)*

**Walter** et **Oszast**. ***La chimiothérapie de la tuberculose cutanée par le rubrophène*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 19, fasc. 4. Octobre 1938, p 491-509). — W. et O. ont employé contre la tuberculose cutanée une nouvelle préparation d'origine hongroise, le triméthoxy-dioxy-oxotritan ou *rubrophène*; c'est une poudre rouge clair qui peut être utilisée en injections intraveineuses ou musculaires, par la bouche, en tablettes et en pommade à 5 pour 100. L'innocuité est absolue.

37 cas de tuberculose cutanée ont été traités avec cette médication, le plus souvent par la bouche (6 tablettes chez l'adulte, 3 chez l'enfant par jour): 1 lupus miliaire disséminé, 13 lupus vulgaires du visage, 5 des muqueuses et 4 des extrémités, 5 tuberculoses ulcéreuses, 1 ulcération tuberculeuse de la muqueuse buccale, 2 érythèmes indurés et 6 lupus érythémateux.

Une guérison complète fut obtenue dans le lupus miliaire et dans 4 lupus vulgaires, et une amélioration dans 17 cas; un cas se montra réfractaire.

Dans les 2 cas de tuberculose ulcéreuse, on nota une guérison et une amélioration; une amélioration fut notée dans l'ulcération pharyngée et dans un cas d'érythème induré; l'autre cas fut un échec. Quant aux cas de lupus érythémateux, ils donnèrent 2 guérisons, 2 améliorations et 2 échecs.

Les cas récents réagissent plus rapidement à la médication que les cas anciens.

Les mêmes résultats ont été obtenus par voie buccale et par voie intraveineuse; on peut d'ailleurs alterner les deux méthodes.

W. et O. concluent que le rubrophène doit être considéré comme un bon médicament de la tuberculose cutanée.

De bons résultats avaient d'ailleurs été obtenus auparavant dans la tuberculose chirurgicale (osseuse et articulaire).

R. Burnier.

## *SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*
## *(Bâle)*

**W. Berblinger**. ***Occlusion presque totale de la veine cave inférieure*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 48, 26 Novembre 1938, p. 1295-1297). — Sur 1.000 autopsies qu'il a pratiquées lui-même, B. a compté, déduction faite des thromboses puerpérales, 59 thromboses des veines du bassin, 75 des veines des jambes, 8 des veines des bras, 6 de la veine cave supérieure et 10 de la veine cave inférieure. Sur les 10 cas de thrombose de la veine cave inférieure, il en est un seul qui ne présentait pas en même temps des thromboses des veines des membres inférieurs. Dans deux cas, le thrombus de la veine cave inférieure présentait une organisation avancée et une fois il a constaté tout d'abord une thrombose des deux jambes suivie d'infarctus des poumons, de dyspnée, de cyanose, d'insuffisance cardiaque, de sang dans les selles et enfin de mort. L'autopsie montra qu'il n'y avait ni œdème, ni ascite. La veine cave était transformée en un cordon gros comme le doigt, dur, dans lequel une section transversale permettait de découvrir non pas une lumière importante mais des fentes étroites.

B. explique comment, en l'absence de circulation collatérale, le sang du bassin et des membres inférieurs pouvait revenir vers le cœur, en admettant que le sang passait par les veines lombaires ascendantes et gagnait l'azygos et l'hémiazygos. En outre, une partie du sang du bassin pouvait passer par les veines hémorroïdaires moyennes et supérieures et arriver ainsi à la veine porte. Ce fait expliquerait la présence de sang dans les selles qui a fait croire à l'existence d'un carcinome rectal.

P.-E. Morhardt.

**H. Bersot**. ***Les malades mentaux et leurs enfants*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 1319-1320). — D'après les chiffres publiés par le Bureau fédéral de statistique de Berne, les 3/5 des malades entrés pour la première fois en 1935 dans les établissements psychiatriques suisses n'avaient pas d'enfants. Les 2/5 restants, soit 1.757 malades, avaient eu tout 5.513 enfants dont 4.681 étaient encore vivants au moment de l'entrée. Le nombre des décès survenus chez ces enfants s'est élevé à 744 (13,5 pour 100) et 88 (1,5 pour 100) sont mort-nés; ce dernier chiffre est plutôt inférieur à celui qui est constaté pour l'ensemble du pays (2,2 pour 100). Parmi ces enfants, 2,5 pour 100 étaient illégitimes, chiffre également inférieur à la moyenne du pays. En répartissant ces enfants suivant la maladie du parent interné, on arrive à constater que les schizophrènes avaient, en moyenne, 2,9 enfants, les alcooliques 3,3, les sujets atteints de psychose sénile et d'artériosclérose 4, les épileptiques 3, etc. D'un autre côté, près du quart de ces enfants descendaient de schizophrènes, 1/5 d'alcooliques, 1/5 de sujets atteints de psychoses organiques, etc. On constate que l'oligophrénie, les psychopathies, l'épilepsie et les psychoses simples sont plus fréquentes chez les malades internés sans enfants, alors que chez ceux qui avaient des enfants on constate plus souvent des psychoses organiques et l'alcoolisme. Ce fait s'explique puisque les maladies de ces derniers groupes surviennent en général à un âge plus avancé. En somme, l'alcoolisme est la maladie la plus fréquente chez les pères de famille (un sur trois).

P.-E. Morhardt.

### HELVETICA MEDICA ACTA
### (Bâle)

**Georges Bickel.** ***Carences vitaminiques et affections cardiovasculaires*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **5**, n° 5, Novembre 1938, p. 531-538). — La question des affections cardiovasculaires par avitaminose est importante. Le myocarde, en effet, a besoin non seulement de glucose et d'oxygène, mais encore d'hormone de la thyroïde et des surrénales, ainsi que d'hormones circulatoires. C'est ce que montre l'observation d'un malade de B, sujet alcoolique, présentant, outre une polynévrite avec atteinte du psychisme et début de cirrhose, un œdème modéré des membres inférieurs et divers autres signes d'insuffisance cardiaque. Soumis à un traitement par la vitamine $B_1$ cristallisée, à la dose de 4 *mg*. par jour, ce malade, qui n'avait pas réagi sous l'influence de digitale ou de diurétiques, présenta, dès la première semaine, une amélioration considérable de l'état de son cœur. Ultérieurement, tous les troubles disparurent sauf une légère rétraction du foie et l'abolition des réflexes patellaires.

Cette observation si démonstrative pose le problème des insuffisances cardiaques par insuffisance de vitamines.

Les expériences ont d'ailleurs montré que la carence de vitamine $B_1$ entraîne une bradycardie sinusale. D'autre part, le béribéri se manifeste, en dehors de la polynévrite, par des œdèmes et des troubles cardiaques. Ces troubles, qui ont été étudiés très en détail par Wenckebach, sont caractérisés par une tachycardie d'effort, une dilatation intéressant souvent les cavités droites, de l'œdème, etc.

D. a été ainsi amené à faire porter ses recherches sur des sujets atteints de polynévrite alcoolique, gravidique et diabétique. Il a été ainsi constaté que le « gros cœur des alcooliques » doit en réalité être considéré comme un « cœur de béribéri » fruste. Effectivement, l'alcool apporte à l'organisme de ces malades des calories nombreuses complètement dépourvues de vitamine $B_1$ et exigeant pour être assimilées, comme tous les hydrates de carbone, une ration importante de cette vitamine $B_1$. Des phénomènes analogues existent assurément dans les troubles cardiaques de la grossesse au cours de laquelle les besoins de vitamine anti-béribérique sont considérablement augmentés. Il en est de même dans le diabète, l'hyperthyroïdisme, les affections fébriles avec dénutrition, les troubles gastro-intestinaux chroniques, la misère physiologique, etc.

Bien que des faits de ce genre ne doivent pas être ignorés, B. recommande cependant qu'on se méfie d'un diagnostic trop facile. En tout cas, le traitement consistera à administrer de la vitamine $B_1$ en injection à des doses variant de 10 à 20 *mg*.

P.-E. Morhardt.

**Michel Demole** et **Pierre Guye.** ***A propos des splénomégalies érythroblastiques de l'adulte*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **5**, n° 5, Novembre 1938, p. 584-589). — La ponction splénique associée à la ponction sternale a permis d'isoler une forme de syndrome de Banti, l'érythroblastose, dans laquelle il y a prolifération excessive des éléments jeunes de la série rouge. Cette maladie, qui a été identifiée par Di Guglielmo et par P. E.-Weil, a été observée par D. et G. chez une femme de 63 ans qui se plaint de faiblesse générale avec troubles digestifs vagues, amaigrissement et pesanteur dans le flanc gauche. A l'examen, on constate que la rate est extrêmement volumineuse et que son bord inférieur, visible à travers la peau amincie, atteint l'ombilic. Le foie est aussi augmenté de volume. L'examen du sang montre l'existence d'une anémie du type hyperchrome et rappelant une anémie de Biermer.

La ponction du sternum donne un liquide riche en sang avec légère augmentation des normoblastes.

Le splénogramme montre une très grande richesse en cellules érythroblastiques (normoblastes, macroblastes, pro-érythroblastes basophiles, mégaloblastes) et nombreuses mitoses. En même temps il y a réaction myéloïde marquée avec polynucléaires à noyau très divisé.

Le traitement par extrait de foie fit régresser l'anémie et une radiothérapie de la région splénique détermina une réduction appréciable du volume de la rate.

Le caractère essentiel de cette maladie est constitué par un splénogramme érythroblastique avec myélogramme à peu près normal. Ainsi à la différence de ce qui s'observe dans les autres syndromes splénomégaliques, toute réaction médullaire manque dans l'érythroblastose. Cette maladie serait donc, avant tout, une maladie de la rate, puis secondairement, une maladie spléno-hépatique affectant deux organes dans lesquels les fonctions hématopoïétiques embryonnaires latentes se révèlent sous une cause pathogène inconnue. Il semble cependant que la tuberculose soit très fréquente et parfois associée à la syphilis ou au paludisme. La radiothérapie serait la thérapeutique de choix. Quant à la splénectomie, elle ne peut être tentée que si l'organe est encore relativement petit.

P.-E. Morhardt.

**W. Lieberherr.** ***Ovalocytose*** (*Helvetica Medica Acta*, t. **5**, n° 5, Novembre 1938, p. 589-596). — Il a été observé par L. une famille originaire du pays de Bade qui présentait de l'ovalocytose dans 3 générations successives. Sur 63 personnes examinées, cette anomalie a été notée 22 fois, nombre qui n'avait pas encore été constaté dans une famille. Il s'agit d'une anomalie qui se transmet comme un caractère dominant.

Pour calculer le coefficient d'ovalité, L. utilise des étalements bien faits et divise par le grand diamètre la différence qui existe entre le grand et le petit diamètre. Il obtient ainsi des chiffres qui varient de 0 à 1 et il classe les résultats obtenus par groupes de 0,05 de façon à dresser une courbe de la fréquence de chaque groupe. Dans le sang normal, où on trouve peu de cellules elliptiques, la courbe du coefficient des axes s'élève rapidement. Par contre, en cas d'ovalocytose, la courbe est beaucoup plus aplatie et alors la surface des globules rouges est beaucoup plus petite que normalement. Le degré de l'ovalocytose est indépendant de l'âge du sujet.

Dans l'ovalocytose, le pourcentage des globules rouges elliptiques varie suivant les auteurs, de 80 à 95 pour 100. Les observations ainsi faites par L., de même que les données de la littérature, montrent que les sujets présentant cette affection sont normalement bien portants et que l'anomalie sanguine a toujours été découverte fortuitement, souvent au cours de recherches systématiques. Dans une série de cas, cette anomalie s'est montrée familiale. Parfois on a constaté de l'anémie; mais il ne semble pas y avoir là autre chose qu'une coïncidence. L'ovalocytose n'est modifiée ni par les préparations de foie, ni par l'administration de $CO_2$, ni par l'irradiation aux rayons Roentgen.

P.-E. Morhardt.

### CASOPIS LEKARU CESKYCH
### (Prague)

**Kotyza.** ***La vitesse de sédimentation hématique et sa signification après les amygdalectomies*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 44, 4 Novembre 1938, p. 1290-1294). — L'étude des variations de la vitesse de sédimentation globulaire après amygdalectomie conduit aux conclusions suivantes : cette vitesse s'accroît 12 heures après l'intervention, atteint son maximum au troisième jour, puis diminue et redevient constante après un temps variable assez long qui va de 1 à 5 mois. Ces variations dépendent non seulement de l'état antérieur de l'infection amygdalienne (chronique, subaiguë récidivante, etc.), mais aussi des manifestations secondaires auxquelles elle a donné naissance (rhumatisme, néphrite, endocardite). On observe simultanément une diminution du quotient albumine-globuline. Le taux ultérieur est en général voisin du taux initial, sauf lorsqu'une nouvelle affection inflammatoire survient accidentellement ou que s'exacerbe une des localisations secondaires précitées. Les variations de la vitesse de sédimentation constituent pour K. un témoignage objectif et impartial de l'efficacité thérapeutique obtenue par l'intervention.

**Taussig, Prokop, Skalickova** et **Strubl.** ***Le dosage des albumines dans le liquide céphalo-rachidien par la méthode polarographique*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, an. **77**, n° 45, 11 Novembre 1938, p. 1314-1320). — L'examen de 87 spécimens de L. C. R., provenant de malades atteints d'affections mentales diverses, avec la méthode et l'appareillage du Prof. Hejrovsky, montre tout l'intérêt de cette application nouvelle. La concentration en substances électrolytiques du L. C. R. est suffisante pour permettre son examen sans aucune adjonction. Les courbes obtenues dépendent alors en partie des protéines, en partie des sels tampons. L'influence propre de ces derniers peut être éliminée en utilisant une solution de borate de soude ($p_H$=10), ou mieux encore la solution ammoniaco-cobaltique de Brdicka ($p_H$=9,5). Les « ondes » obtenues dans ce dernier cas surtout sont parfaitement caractéristiques et varient pratiquement suivant le taux global des protéines. Toutefois ces variations sont directement liées à l'existence d'un groupement disulfidique et c'est de cette fraction des molécules d'albumines que dépendent les dimensions et le siège des ondes constatées sur les tracés.

Valable pour les liquides normaux comme pour les liquides pathologiques, cette méthode permet des microdosages précis sur des quantités très réduites, par exemple de 1/10 de centimètre cube. Les résultats obtenus ainsi sont en accord avec ceux que donne la méthode de Kjeldahl, sans que la concordance puisse être réellement absolue, puisque dans un cas il s'agit de mesure électrochimique et dans l'autre d'analyse chimique. Microdosages pouvant s'effectuer sur de très petites quantités de liquide, enregistrement photographique des résultats, strictement objectifs, excluant les erreurs de lecture, tels sont les avantages les plus évidents du dosage polarographique des albumines dans le L.C.R., suivant la technique générale mise au point par Hejrovsky, Brdiska et leurs collaborateurs.

# REVUE DES JOURNAUX

### LE CONCOURS MÉDICAL
**(Paris)**

**Hardouin** (Rennes). ***Hémiplégie par plaie de la carotide primitive*** (*Le Concours médical*, t. **61**, n° 1, 1er Janvier 1939, p. 15-18). — Un soldat ayant reçu une balle de fusil qui lui transperça la base du cou du côté droit, d'avant en arrière, s'écroula sur le sol au bout d'une vingtaine de mètres, perdit connaissance pendant 10 à 15 minutes et s'aperçut alors qu'il ne pouvait remuer ni son bras ni sa jambe gauche. Il tomba dans le coma pendant 4 à 5 jours. Lorsqu'il reprit ses sens, il présentait une hémiplégie gauche, totale pour les membres, la paralysie faciale n'atteignant que le facial inférieur. Pas de troubles oculaires ni auditifs.

Chez un autre blessé, la balle entrée du côté droit du cou sur les bords du sterno-cléido-mastoïdien, à deux travers de doigt de l'angle du maxillaire inférieur, sortit du côté gauche du cou sur une ligne verticale tirée de la mastoïde et à trois travers de doigt de celle-ci. Aussitôt touché, le blessé constate presque immédiatement, sans perdre connaissance, que son bras et sa jambe gauche sont paralysés.

Quels sont la cause et le mécanisme de cette hémiplégie ? On peut éliminer, chez ces sujets jeunes, les lésions cardiaques, les infections diverses, la syphilis et les maladies du système nerveux central. L'existence du signe de Babinski et la limitation de la paralysie sont peu en faveur d'une hémiplégie hystérique. L'apparition presque immédiate et l'absence de fracture du crâne, du rocher ou de la colonne vertébrale font écarter ces causes. La balle a atteint l'artère et la lésion vasculaire est responsable de la paralysie consécutive.

La déchirure ou la ligature de la carotide provoque souvent des accidents paralytiques et leur pronostic est sombre.

On a invoqué pour expliquer les phénomènes plusieurs hypothèses : l'anémie cérébrale, la thrombose ascendante et l'embolie. L'embolie paraît être la cause pathogénique la plus habituellement invoquée.

Robert Clément.

### PARIS MÉDICAL

**E. Hautefeuille.** ***Fréquence du début juxta-scissural postérieur de la tuberculose pulmonaire de l'adulte*** (*Paris Médical*, t. **29**, n° 2, 14 Janvier 1939, p. 37-43). — Au cours de 500 examens pleuroscopiques, H. a étudié la topographie des lésions qui marquent le premier épisode clinique de la tuberculose.

Vues au pleuroscope, les parties malades apparaissent de coloration foncée, violacée ou bleu ardoisé, parfois gris olivâtre ou noires. Leur surface est irrégulière et bosselée, parsemée de granulations grises ou blanchâtres. La plèvre viscérale est souvent épaissie au niveau des lésions, elle a perdu sa transparence et présente des placards opalescents. Elles tranchent avec les parties saines du poumon qui ont gardé leur coloration rose, leur surface lisse, leur plèvre transparente.

Avec une fréquence notable, ces lésions occupent la zone juxta-scissurale postérieure du lobe supérieur. La lèvre même de la scissure est souvent atteinte. Si la scissure est béante, on voit que la face interlobaire elle-même est lésée. Assez souvent, le sommet est indemne. Il n'est pas rare cependant qu'une tige apicale soit étirée dans une bride et retenue au dôme pleural. Si la tuberculose est plus étendue, toute la partie postérieure du lobe, depuis la scissure jusqu'au sommet, participe à la lésion.

Ces constatations pleuroscopiques cadrent avec les zones d'auscultation classiques et l'aspect radiologique.

Un grand nombre de pleuroscopies ont été faites moins de quelques mois après le début clinique de l'affection ; cependant, cette exploration n'est pratiquée que sur les cas traités par pneumothorax et compliqués d'adhérences. Cela est fréquent, mais ne représente pas tous les cas de tuberculose initiale. La pleuroscopie ne permet pas de voir la face médiastinale du poumon et les régions profondes.

Avec ces réserves et en confrontant ces constatations avec les enseignements de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la radiologie, on peut conclure que les lésions qui marquent le premier épisode clinique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte sont situées dans le lobe supérieur, mais ne siègent pas au sommet. Elles sont voisines de la scissure et il n'est pas rare qu'elles intéressent la face interlobaire elle-même. Elles sont proches de la face postéro-externe du poumon.

Robert Clément.

### MEDIZINISCHE KLINIK
**(Berlin, Prague, Vienne)**

**I. Abicht** et **E. Stephan** (Breslau). ***L'agranulocytose à la suite d'accouchement*** (*Medizinische Klinik*, t. 34, n° 47, 25 Novembre 1938, p. 1549-1552). — A. et S. ont observé un cas d'agranulocytose isolé à la suite de couches normales.

Une femme âgée de 30 ans, qui était sortie de l'hôpital après accouchement, a dû, au bout de deux jours, être hospitalisée à nouveau. Elle présentait une température continuellement au-dessus de 39°, le pharynx rouge, les amygdales augmentées de volume.

La formule sanguine a donné 2.100 leucocytes, dont 90 pour 100 de lymphocytes ; le nombre des globules rouges normal ainsi que 310.000 thrombocytes.

Le diagnostic porté fut celui d'agranulocytose et les auteurs ont appliqué les traitements actuellement connus : rayons X, injections de campolon, transfusions de sang, injections médullaires, administration de moelle osseuse de veau et d'extrait de moelle.

Une granulocytopénie put se manifester chez la malade, avec chute de température et frissons, mais la courte rémission n'a duré que trois jours. Une rechute est survenue au bout de ces trois jours, se caractérisant par la disparition complète des granulocytes et un chiffre normal de lymphocytes. Après le 5e et le 6e jour de cette rechute, la fièvre est disparue et le nombre des leucocytes est remonté et redevenu normal. On n'a observé ni anémie, ni diathèse hémorragique, bien que les thrombocytes aient baissé jusqu'au chiffre de 131.000.

A. et S. n'ont constaté aucune septicémie. Aucune cause ordinaire d'agranulocytose n'a pu être constatée, même une tonsillite chronique n'a pu être invoquée.

Les relations entre les suites de couches et l'agranulocytose ne sont pas encore suffisamment élucidées ; aucun cas de ce genre n'a encore été rapporté.

Les auteurs croient que l'influence des suites de couches peut être importante sur la variation du nombre des leucocytes, mais qu'elle doit être soigneusement étudiée.

D'après la littérature médicale, il semble que les agranulocytoses du post-partum soient même particulièrement rares.

Guy Hauser.

### MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

**R. Bukowski** (Braunschweig). ***La lympho-granulomatose de l'estomac*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. 85, n° 52, 30 Décembre 1938, p. 2021-2022). — B. a observé 3 cas de cette affection rare.

Dans le premier, il s'agissait d'un cachectique qui vint mourir dans le service d'un cancer de l'estomac. Ce n'est que l'examen histologique après l'autopsie qui montra qu'il s'agissait, en réalité, d'une lympho-granulomatose gastrique.

Le deuxième cas montre un aspect radiographique curieux : ulcérations multiples, dont un ulcère calleux au niveau de la petite courbure ; à d'autres endroits la muqueuse paraissait polypeuse. Il faut noter une hyperacidité très marquée, des douleurs très violentes. A l'opération on pensa à un cancer, surtout en raison de gros ganglions et on pratiqua une gastrectomie. L'examen histologique montra la nature exacte de l'affection et que les ganglions étaient simplement hypertrophiés mais non envahis.

Le troisième malade, âgé de 51 ans, présentait le syndrome typique d'une maladie de Werlhof. Il avait été suivi pendant 3 ans 1/2 et on avait constaté l'apparition d'une tumeur pylorique. A l'autopsie on pensa qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac perforé dans le pancréas et dans le foie. C'est de nouveau l'examen histologique qui permit seul de rectifier le diagnostic.

B. insiste sur l'importance de ces cas et, particulièrement, discutant l'action de la radiothérapie dans les cancers de l'estomac, il pense que certains cas heureux de traitement par les rayons X de cancer gastrique se rapportent vraisemblablement à des lympho-granulomatoses méconnues.

Marcel Thalheimer.

### WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

**Aladar von Halasz.** ***Propriétés diurétiques et hypotensives de la poire*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 44, 29 Octobre 1938, p. 1146-1151). — H. a fait ses recherches chez des malades préalablement soumis à une observation longue et minutieuse, afin d'éliminer les variations spontanées de la tension artérielle. Ces malades furent soumis au régime suivant : alimentation exclusivement constituée par des poires crues finement pelées et administrées pendant une période variant de 1 à 10 jours, à la dose quotidienne de 1 kg. 500, exceptionnellement de 2 kg. On observe une chute de la tension artérielle, particulièrement marquée dans les hypertonies de l'âge critique, et celles des artério-scléreux avec lésions rénales. Le régime amène en même temps une fonte des œdèmes et un asséchement de tous les épanchements. Ces résultats s'observent même chez les gens

âgés, et dans les hypertensions anciennes, ce qui tendrait à prouver que, pendant très longtemps, on n'est pas en présence de lésions anatomiques définitives, mais de phénomènes fonctionnels réversibles. La pomme et la pêche donnent des résultats très nettement inférieurs.

Basch.

**Fritsch.** ***Fréquence des cancers multiples chez un même sujet*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 1261-1265). — F. résume 6 observations de malades chez lesquels simultanément, ou à plusieurs années de distance, sont apparus des carcinomes qui sont, selon lui, nettement indépendants les uns des autres, non seulement du fait de leur siège, mais du fait de leur morphologie et de leur anatomie pathologique. Ces faits militent en faveur de la prédisposition de certains organismes au cancer; au point de vue thérapeutique, ils doivent inciter à traiter non seulement localement le cancer constitué, mais tous les états précancéreux.

Basch.

**Herman.** ***Lipomatose symétrique avec syndrome de compression dans le territoire de la queue de cheval. Guérison après injection sous-occipitale de lipiodol*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. 88, n° 51, 17 Décembre 1938, p. 1310-1312). — H. relate l'intéressante observation suivante: un homme de 40 ans éprouve brusquement, au cours de son travail, des douleurs qui s'accentuent dans la flexion et la marche; puis apparaissent des douleurs, des paresthésies et un affaiblissement progressif des membres inférieurs, cependant que le malade constate la disparition des érections (pas de troubles sphinctériens) et souffre de douleurs fulgurantes. L'examen montre la présence de taches pigmentaires disséminées et de nombreux lipomes sous-cutanés sur les avant-bras et le tronc. Au point de vue nerveux, on constate une paralysie des pieds, des troubles de la sensibilité profonde sans altérations de la sensibilité superficielle, un signe de Lasègue bilatéral, l'abolition du réflexe achilléen et l'affaiblissement du réflexe rotulien. Dans le liquide céphalo-rachidien, dissociation albumino-cytologique. Le lipiodol, injecté par voie sous-occipitale, est arrêté au niveau de L 3.

Les douleurs disparaissent aussitôt après l'injection de lipiodol, les paralysies des orteils régressent progressivement, la marche devenant possible au bout de 20 jours, et les troubles des réflexes disparaissent par la suite.

H. discute et élimine le diagnostic de Recklinghausen et considère qu'on peut rattacher la compression à un lipome médullaire, fait rare, mais cependant déjà observé. En ce qui concerne l'action du lipiodol, on doit éliminer l'idée d'une dislocation mécanique du lipome puisque les radios de contrôle montrent que la stagnation au niveau de L 3 subsistait au bout de trois semaines, et plutôt penser qu'il a agi sur une arachnoïdite inflammatoire secondaire développée au voisinage du lipome.

Basch.

### DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

**Heinrich Bartelheimer.** ***Vitamine C et diabète*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 182, n$^{os}$ 5-6, 1938, p. 546-555). — Il n'existe actuellement aucune méthode clinique vraiment spécifique pour dépister la vitamine C. Cependant, la méthode du bleu de méthylène, modifiée par Wacholder et ses collaborateurs, donne des résultats quantitatifs suffisants, surtout quand on réduit les sources d'erreurs par une administration d'épreuve d'acide *l*-ascorbique.

Les examens d'urine, auxquels il a été procédé dans ces conditions par B. chez les diabétiques, ont montré, tout d'abord, que la présence d'acétone et d'acide diacétique dans l'urine n'augmente pas la proportion des substances réductrices. Néanmoins, on a trouvé parfois, chez ces malades, jusqu'à 25 *mg.* pour 100 *g.* de vitamine C. D'une façon générale, aucun des 30 diabétiques examinés ne présentait d'hypovitaminose caractérisée et, d'ailleurs, des signes comme les hémorragies gingivales ou la lassitude manquaient. D'autre part, les chiffres trouvés par B. et ceux qui ont été publiés par divers auteurs présentent des différences considérables qui doivent faire admettre que, dans le régime usuel des sujets examinés, la vitamine C doit figurer en proportions très variables. Or, les malades de B. proviennent, pour une part, du sanatorium pour diabétiques de Garz, où la ration comporte une forte proportion de légumes et de fruits. Par ailleurs, le déficit de vitamine C a été un peu plus élevé en cas d'acidose.

Au cours de ces recherches, il a été également constaté que le graphique journalier de la glycémie s'abaissait presque toujours après administration de vitamine C. En comparant la moyenne des chiffres ainsi obtenus chez une série de 5 diabétiques, ce fait est clairement mis en évidence.

L'épreuve de Staub-Traugott, pratiquée chez 5 malades, a permis de constater que l'acide ascorbique n'augmente pas l'arrivée de l'insuline dans le sang: l'abaissement de la glycémie, qui s'observe à la fin de cette épreuve, n'était pas inférieur à ce qu'on observe d'habitude, dans ces conditions, chez les diabétiques. Il est donc possible que l'action de l'acide ascorbique s'exerce non pas sur les îlots de Langerhans, mais sur les échanges cellulaires, notamment du foie. On sait d'ailleurs que la vitamine C joue un grand rôle au point de vue de l'emmagasinement du glycogène dans le foie.

Ainsi, l'utilité de légumes et de fruits dans le régime des diabétiques se trouve bien mise en évidence.

P.-E. Morhardt.

**H. Schnetz.** ***Duodénite*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 182, n$^{os}$ 5-6, 1938, p. 570-597). — Pendant longtemps les affections catarrhales du duodénum n'ont pas été prises en considération, bien que cet organe ait un rôle central dans la digestion. La duodénite est cependant caractérisée par une série de signes au nombre desquels il faut faire figurer, en premier lieu, les modifications du contenu du suc duodénal et notamment: 1° l'augmentation des cellules épithéliales et des leucocytes, ainsi que la présence d'érythrocytes et de détritus cellulaires, dont on peut établir qu'ils ne proviennent ni de la bile, ni du pancréas, ni de l'estomac, ni de l'expectoration; 2° l'augmentation du mucus, qui est normalement plus abondant dans le suc duodénal que dans l'estomac; 3° la présence de bactéries telles que les colibacilles, les entérocoques, les staphylocoques, les streptocoques, etc., qui sont des preuves presque certaines de duodénite; 4° l'augmentation du volume du suc duodénal. En second lieu, les rayons Rœntgen permettent de constater une tuméfaction de la muqueuse (catarrhe hypertrophique) et, en troisième lieu, il apparaît des symptômes pancréatiques affectant la sécrétion externe (selles graisseuses ou créatorrhée, inhibition de l'action fermentative du suc pancréatique avec météorisme, intolérance pour les aliments météorisants, les graisses, les aliments sucrés ou farineux) ainsi que la sécrétion interne (syndrome d'hypoglycémie spontanée avec abaissement de la glycémie à jeun, inhibition de l'hyperglycémie alimentaire ou adrénalinique, etc.). Enfin, la région duodénale peut être sensible à la palpation et le malade peut accuser des sensations subjectives, constituant le syndrome de la dyspepsie (nausées, pyrosis, renvois gazeux, sensation de pesanteur entre l'épigastre et l'ombilic).

On peut encore noter, dans les duodénites, des hémorragies (hématémèses, selles marc de café ou présentant les réactions occultes du sang).

Dans cette affection, les symptômes pancréatiques sont si importants que S. la désigne sous le nom de duodénite avec pancréopathie fonctionnelle secondaire.

Cette affection peut être associée, de diverses manières, à une carence de vitamine par apport insuffisant, par désintégration intestinale, par trouble de la résorption, etc. En tout cas, la vitamine C et la vitamine $B_1$ sont déficientes, comme le montrent la tendance aux hémorragies, la gingivite, la pyorrhée alvéolaire, les polynévrites et les dépressions psychiques constatées chez ces malades et disparaissant rapidement sous l'influence d'un traitement comportant ces deux vitamines.

Le traitement doit comporter, de plus, un régime de ménagements et de repos pour les organes affectés, c'est-à-dire pour le duodénum aussi bien que l'estomac, les voies biliaires et le pancréas. Il y aura également à lutter contre l'excès ou l'insuffisance d'acidité gastrique, à prescrire des tisanes astringentes, à suppléer à l'insuffisance de ferments pancréatiques, etc.

P.-E. Morhardt.

### DEUTSCHES TUBERKULOSE-BLATT (Leipzig)

**J. Thomé.** ***Les tuberculoses primaires de la peau*** (*Deutsches Tuberkulose-Blatt*, n° 12, Décembre 1938, p. 296-301). — T. relate les rares cas de primo-infection cutanée signalés jusqu'à ce jour dans la littérature, qui ne dépasseraient pas neuf ou dix, entre autres des cas de chancre du menton, de l'œil et des organes génitaux externes de la femme. Lui-même a eu l'occasion d'observer une ulcération tuberculeuse primaire du frein du prépuce chez un garçon de 15 ans, et il décrit la série des épreuves d'examen auxquelles il a dû avoir recours avant de pouvoir formuler ce diagnostic difficile. Il s'agissait d'une ulcération de la grosseur d'un pois, anfracteuse, recouverte d'une croûte grisâtre, entourée d'une légère infiltration, non douloureuse à la pression, accompagnée d'une lymphangite dorsale de la verge et d'adénite inguinale bilatérale, plus importante à gauche. Après avoir retiré de l'un des ganglions une sérosité trouble elle fut inoculée au cobaye et détermina des lésions tuberculeuses typiques. Enfin, une biopsie apporta la confirmation histologique en montrant la présence de lésions tuberculeuses et la confirmation bactériologique en mettant en évidence la présence de bacilles de Koch.

G. Poix.

### THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

**G. Foss** et **P. Phillips.** ***La suppression de la lactation par l'administration buccale d'œstrogène*** (*British Medical Journal*, n° 4060, 29 Octobre 1938, p. 887-890). — Les injections de lobe antérieur de l'hypophyse stimulent la lactation chez les femelles d'animaux qui ont été, auparavant, traitées par l'œstrogène. Chez la femme, la montée laiteuse ne commence que 48 à 60 heures après la naissance. Elle est précédée par un engorgement et une distension graduelle du sein et elle est activée par les efforts de succion de l'enfant. Ceci est la conséquence de la libération de l'hormone lactogène de la pituitaire antérieure. En effet, l'œstrogène produit l'accroissement des canaux, pendant que la progestérone et l'œstrone développent le système lobulaire et alvéolaire. Après la naissance et la séparation du placenta, le niveau de l'œstrogène-progestérone tombe et l'inhibition de la pituitaire antérieure cesse; l'hormone lactogène est alors libérée.

Par conséquent, pour stimuler la montée laiteuse qui ne se produit pas, on pourra administrer l'hormone lactogène, qui agit à doses élevées.

Au contraire, l'administration d'œstrogène inhibe la pituitaire antérieure et supprime l'hormone lactogène.

Ceci peut avoir son intérêt quand on veut supprimer la sécrétion lactée (mort de l'enfant, abcès du sein, tuberculose pulmonaire, manie puerpérale).

André Plichet.

**Ch. H. Best.** ***Heparin et thrombose*** (*British Medical Journal*, n° 4062, 12 Novembre 1938, p. 977-981). — Howell, en 1916, isola de certains tissus, et notamment du foie de chien, une substance anticoagulante qu'il appela Heparin.

En 1928, Mac Henry, ayant besoin de grandes quantités d'Heparin pour poursuivre ses recherches sur l'histaminase, put l'extraire du foie du bœuf et, en 1933, Charles et Scott montrèrent que l'Heparin se trouvait en quantité variable dans le poumon, le foie, les muscles du squelette.

Dans certaines conditions, comme Howell l'a montré, l'Heparin agit comme une antiprothrombase ; dans d'autres circonstances plus physiologiques, elle se comporte comme une antithrombase.

Charles et Scott, en 1936, ont obtenu l'Heparin sous forme cristallisable et sont arrivés à doser son activité.

L'Heparin, injectée dans les veines, produit un allongement du temps de coagulation. On peut d'ailleurs obtenir le même effet avec une injection sous-cutanée. Chez l'animal, en faisant d'abord une injection intraveineuse de 40 unités par kilogramme et en continuant d'administrer l'Heparin en injection continue à la dose de 30 unités par kilogramme et par heure, on arrive à obtenir, d'une façon permanente, un sang qui coagule en 20 à 30 minutes.

B. a étudié l'action de l'Heparin sur la thrombose des veines obtenue expérimentalement, soit par blessure du vaisseau, soit par introduction de produits chimiques tels que le ricinoléate de soude. Il a étudié également la thrombose des artères coronaires. Dans tous ces cas, l'action préventive de l'Heparin dans la formation du thrombus a pu être démontrée.

Howell a montré que l'Heparin se trouvait dans tous les tissus en contact avec le sang. Jorpes, Holmgren et Wilander l'ont trouvée en grande quantité dans les mastcellules d'Ehrlich. Pour Waters, Markowitz et Jaques, l'allongement du temps de coagulation, dans le shock anaphylactique, est dû à une libération de l'Heparin. La concentration dans le sang serait alors de 1,5 unité par centimètre cube, ce qui est suffisant pour allonger le temps de coagulation de 60 à 70 heures et rendre ainsi le sang pratiquement incoagulable.

Les propriétés de l'Heparin pourront être employées en clinique, notamment après une opération, pour empêcher l'embolie post-opératoire. Peut-être le meilleur des cas à étudier serait celui de la phlébite migratrice, si la cardiologie pouvait nous renseigner sur le moment où va se produire la thrombose. En effet, s'il existait des signes prémonitoires, on pourrait prévenir la formation du thrombus par une injection d'Heparin. Cette substance peut être essayée également dans les coronarites. Des recherches se poursuivent dans ce sens.

André Plichet.

**David Wilkie.** ***La main septique*** (*British Medical Journal*, n° 4065, 3 Décembre 1938, p. 1127-1130). — Les infections de la main sont graves non seulement à cause de sa fonction primordiale, mais aussi à cause de leurs conséquences générales. Leur traitement rationnel doit être basé sur une étroite connaissance du processus infectieux et surtout de la structure anatomique de la main.

Dans les infections très graves, trois méthodes peuvent être employées. En première ligne, la méthode de Bier, qui crée une stase veineuse et lymphatique. On applique sur l'avant-bras une bande élastique qui obture les veines et les lymphatiques superficiels. Cette compression doit faire cesser les douleurs et rester appliquée pendant 48 heures. Cette méthode donne des résultats remarquables.

Par ailleurs, on peut soit administrer des composés de sulfanilamide, soit du sérum antitoxique.

Dans les cas d'infection de la pulpe du doigt, des gaines des tendons des espaces palmaires, il faut sans tarder débrider et drainer. Ici, c'est l'anatomie qui commande le débridement.

Dès que le danger est conjuré, il faut tout mettre en œuvre pour la récupération de la fonction.

André Plichet.

**A. M. Kennedy** et **D. A. Williams.** ***L'association du bégaiement et de la diathèse allergique*** (*British Medical Journal*, n° 4068, 24 Décembre 1938, p. 1306-1309). — Le mécanisme de la parole est non seulement sous le contrôle du cerveau, mais encore sous celui du diaphragme, des muscles du pharynx, du palais, de la langue, des lèvres. Le bégaiement dépend moins d'une lésion anatomique que d'un défaut de coordination entre les différents facteurs qui concourent à la production du langage.

L'enfant bègue est « nerveux » et excitable, avec une tendance à l'anxiété. Cette tension mentale produit une tension physique.

Sur 100 enfants, 81 garçons et 19 filles, examinés par K. et W., 11 étaient gauchers, 52 avaient des antécédents personnels de maladies allergiques et 48 de ceux-ci avaient des antécédents familiaux de la même diathèse. Tous les enfants qui n'avaient pas dans leurs antécédents personnels des faits de cet ordre étaient issus de familles à manifestations allergiques.

Sur ces 100 enfants examinés, 65 avaient dans leur famille des bègues. Il y a donc, dans le bégaiement, un facteur héréditaire qui n'est pas à négliger.

Parmi les maladies allergiques, celle que l'on rencontre le plus fréquemment, aussi bien chez les enfants bègues que chez leurs parents, est la migraine. En dehors des maladies allergiques bien classées, il faut signaler encore que la plupart des bègues ont des troubles après l'absorption de certains aliments ou un dégoût prononcé pour certains mets.

D'après cette étude, portant non seulement sur des bègues, mais encore sur des enfants normaux, il semble qu'il y ait une relation étroite entre les maladies allergiques et le bégaiement.

André Plichet.

## *THE LANCET*
## *(Londres)*

**E. D. Johnston.** ***Granulocytopénie consécutive à l'administration de composés de sulfanilamide*** (*The Lancet*, n° 6010, 5 Novembre 1938, p 1044-1047). — Un grand nombre d'accidents toxiques consécutifs à l'administration de sulfanilamide ont été rapportés. La plupart d'entre eux sont de minime importance, mais la granulocytopénie que l'on peut voir après ou pendant un traitement par des composés du groupe prontosil est une complication des plus graves.

La valeur des signes prémonitoires de cette affection n'est pas facile à estimer. Le plus constant de ceux-ci est la fièvre ou l'augmentation de la température quand la fièvre existait déjà. Des examens de sang répétés doivent être faits dans tous les cas réagissant d'une façon anormale au traitement. La durée de celui-ci est peut-être plus importante que la quantité de la drogue donnée quotidiennement.

L'arrêt du médicament nocif est naturellement le premier acte du traitement de cette intoxication. Les injections de pentnucléotide, la transfusion, l'hépatothérapie, l'injection de sang défibriné plutôt que citraté comptent à leur actif des succès.

André Plichet.

**A. H. Douthwaite** et **G. A. M. Lintott.** ***L'observation gastroscopique des effets de l'aspirine et d'autres substances sur l'estomac*** (*The Lancet*, n° 6013, 26 Novembre 1938, p. 1222-1225). — Classiquement le salicylate de soude est mal supporté par l'estomac parce qu'au contact de l'HCl ce corps libère de l'acide salicylique, qui est irritant pour la muqueuse gastrique. L'aspirine, ou acide acétylsalicylique, est plus stable et ne cause pas de dommage à l'estomac, à moins qu'elle y séjourne d'une façon prolongée.

Cependant, l'aspirine est capable de causer des brûlures et même d'amener des hémorragies sous-muqueuses et des hématémèses. Ces derniers faits ont été vérifiés par D. et L. au moyen de la gastroscopie.

Après absorption d'aspirine, 80 pour 100 des sujets ont une réaction inflammatoire de la muqueuse plus ou moins importante, qui affecte souvent la petite courbure.

L'acide salicylique ne donne pas de réaction plus intense. L'association de calcium et d'aspirine sous forme d'acétylsalicylate de calcium ne donne aucun effet fâcheux sur la muqueuse.

L'alcool ne donne aucune réaction à la dose de 20 $cm^3$ d'alcool à 70°. La moutarde, par contre, donne une hyperémie très marquée, alors que l'injection d'histamine n'amène aucun changement, même si cette injection donne de l'hyperchlorhydrie.

André Plichet.

**Georges Foss.** ***L'absorption percutanée d'hormone mâle*** (*The Lancet*, n° 6014, 3 Décembre 1938, p. 1284-1285). — Depuis les expériences de Fussänger et de Dessau, on sait que, chez les animaux, les hormones mâles passent dans la circulation sanguine par simple application sur la peau.

Chez l'homme, dès 1937, F. a traité, par des onctions de propionate de testostérone, 3 sujets, dont l'un était atteint d'impuissance post-pubérale, l'autre d'orchite bilatérale consécutive à des oreillons, le troisième, âgé de 18 ans, ayant une puberté retardée. Il en a comparé les effets avec ceux obtenus par application sur la peau de solution alcoolique de testostérone et de propionate de testostérone.

Cette méthode percutanée donne d'excellents résultats, mais il faut, pour obtenir un résultat thérapeutique, une dose 2 ou 3 fois plus grande d'hormone que lorsqu'on emploie la voie sous-cutanée. On fait chaque jour, sur la peau, une friction énergique avec 1 *g.* d'un corps gras contenant 25 *mg.* de propionate de testostérone ou de testostérone, pendant 1 mois et plus.

F. a également employé une solution alcoolique de testostérone. Il est difficile, après une si courte expérimentation, de savoir à laquelle des deux méthodes on doit accorder la préférence.

André Plichet.

**D. L. Griffiths.** ***L'embolie artérielle*** (*The Lancet*, n° 6015, 10 Décembre 1938, p. 1339-1344). — A propos de 8 cas d'embolies artérielles dont 3 embolies de l'aorte descendante, 4 embolies de la fémorale et 1 cas d'embolie de l'artère humérale droite et de la carotide primitive gauche. G. passe en revue les différents traitements qui ont été proposés.

Le diagnostic de l'embolie artérielle est, en général, facile: pâleur du membre, douleur, paralysie, absence du pouls distal. Le siège exact de l'embolie


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
C.O-F. 2

peut être repéré par l'oscillomètre, qui donne autant de précision que le thorostrat intra-artériel.

Mais, au point de vue du traitement, l'unanimité est loin d'être faite, car nombre d'auteurs ont signalé des guérisons après le traitement médical seul et des cas de mort après embolectomie.

Il est évident qu'une cardiopathie grave est une contre-indication à l'opération et qu'il est important de faire un diagnostic précoce de l'affection : 12 heures après la formation du caillot, le succès de l'opération est déjà gravement compromis.

L'embolectomie avec ligature que l'on faisait autrefois, et qui donne le moins de risque, est abandonnée au profit de l'artériectomie, introduite en technique chirurgicale par Leriche, en 1917.

Le traitement médical par des médicaments vaso-dilatateurs et antispasmodiques, ou bien par un procédé mécanique spécial qui consiste, à l'aide d'une machine, à exercer des différences de pression sur le membre, ne compte pas beaucoup de succès.

André Plichet.

**M. B. Lockhart-Mummery.** ***Résultats éloignés du traitement des diverticulites*** (*The Lancet*, n° 6016, 17 Décembre 1938, p. 1441-1444). — Ces résultats portent sur 136 cas graves de diverticulite, dont 91 cas opérés et 45 traités médicalement.

L'évolution de la diverticulite est progressive chez les malades non opérés et, pendant longtemps, on peut parer à ses symptômes par la prise quotidienne de grandes quantités de paraffine.

La mortalité directement due à la diverticulite est de 10 pour 100 dans les deux séries.

La colostomie est l'opération de choix pour les cas graves ou compliqués.

Sur 38 colostomies, 4 malades moururent (mais ils étaient dans un état désespéré avant l'opération) et 34 survécurent longtemps sans symptômes.

Sur 17 malades traités par résection et cæcostomie ou colostomie temporaire, 4 moururent et 13 guérirent. La résection est le traitement idéal quand la partie d'intestin atteinte est petite. La mortalité de ce groupe est élevée parce que plusieurs cas furent compliqués de fistule vésico-colique et d'infection urinaire. Dans ce dernier cas, la résection doit être remise à plus tard, jusqu'à ce que les signes d'infection aient disparu.

Sur 43 malades soumis à une laparotomie exploratrice, 5 moururent. Ces derniers malades étaient atteints de perforation aiguë avec péritonite ou d'abcès péricolitiques particulièrement difficiles à traiter. Dans ces cas, le drainage et la colostomie au-dessus de la zone malade sont le seul traitement possible.

André Plichet.

**J. Mills** et **C. A. Mawson.** ***La signification de la réaction de Van den Bergh dans le diagnostic de l'anémie pernicieuse*** (*The Lancet*, n° 6017, 24 Décembre 1938, p. 1455). — La concentration normale de la bile dans le sérum est de 0,2 à 0,4 *mg.* par 100 *cm*³. Cette concentration, dans l'anémie pernicieuse, augmente et constitue, pour certains, un moyen de diagnostic important.

M. et M. ont pratiqué des dosages chez 85 malades atteints d'anémie pernicieuse et 85 sujets normaux. Chez les anémiques, 93 pour 100 avaient une quantité de bilirubine dans le sérum supérieure à 0,4 *mg.* par 100 *cm*³, tandis que, chez les gens normaux, 91 pour 100 avaient moins de cette quantité.

Dans 53 cas d'anémie pernicieuse traitée par l'hépatothérapie, la bilirubine était inférieure à 0,3 par 100 *cm*³.

Le traitement spécifique de l'anémie a donc une action sur le test de la bilirubine.

André Plichet.

**B. G. Shapiro.** ***Le contrôle de la sécrétion urinaire par la pituitaire antérieure*** (*The Lancet*, n° 6017, 24 Décembre 1938, p. 1457-1461). — Le rôle de la pituitaire postérieure et de ses connexions hypothalamiques dans le métabolisme de l'eau est bien établi maintenant, mais il restait à démontrer le rôle de la pituitaire antérieure.

Pour démontrer ce rôle, on peut avoir recours : 1° à des injections de doses importantes d'œstrin, qui inhibe l'activité du lobe antérieur; 2° à des injections d'extrait du lobe antérieur.

L'administration à 16 sujets d'injections quotidiennes, pendant 5 jours, de 10 *mg.* de benzoate d'œstroradiol, a amené une diminution de la quantité d'urines. La diurèse reprend son taux normal quand on cesse ces injections.

Le même traitement fut appliqué à 2 enfants atteints de diabète insipide et l'on observa une diminution de la quantité d'urines allant jusqu'à 40 pour 100 pour l'un des sujets.

Au contraire, les injections de lobe antérieur augmentent la diurèse, et spécialement celles d'hormones de croissance et thyrotropique.

S. conclut, avec von Hann, que la présence du tissu fonctionnel du lobe antérieur de l'hypophyse est nécessaire pour la production du diabète insipide. D'autre part, la polyurie du syndrome de Cushing est due bien plutôt à une hyperactivité du lobe antérieur qu'à la compression du lobe postérieur par la tumeur, car souvent, du reste, ce syndrome n'est pas constitué par une tumeur, mais par une dégénérescence hyaline des cellules basophiles et, quand la tumeur existe, elle est si petite qu'elle ne peut exercer une compression du lobe postérieur.

André Plichet.

### THE BRITISH JOURNAL of RADIOLOGY
### (Londres)

**D. Engel.** ***Etude expérimentale sur l'action du radium sur le développement des os*** (*British Journal of Radiology*, t. **11**, n° 132, Décembre 1938, p. 779-803). — Après des recherches antérieures sur des chiens et des chevreaux, E. a étudié expérimentalement l'action du radium sur le développement osseux des lapins et des poulets.

Pour une dose suffisamment élevée, l'on obtient un arrêt complet de développement, ou une incurvation des os, suivant que le cartilage épiphysaire est irradié en totalité ou partiellement. Suivant que le radium est implanté du côté interne ou externe, l'on obtient un *genu varum* ou *valgum*. L'action sur les os (retard de développement, déformations) est en proportion directe de la dose qui, dans les expériences de l'auteur, a varié de 4 à 25 *mg.* par jour.

Il existe une différence nette dans la radiosensibilité des différents cartilages épiphysaires ; plus l'animal est développé au point de vue phylogénétique, plus, semble-t-il, le cartilage est sensible; c'est ainsi que les poulets sont moins sensibles que les lapins, et ceux-ci moins que les chiens et les chevreaux.

D'un autre côté, la radiosensibilité des cartilages épiphysaires décroît rapidement avec l'âge des sujets en expérience.

Dans un grand nombre de cas, les caractères anatomiques des cartilages jouent un rôle important au point de vue de la radiosensibilité; c'est ainsi que le cartilage distal du fémur est, chez le même sujet, plus radiosensible que le cartilage proximal du tibia; il y a lieu, cependant, de poursuivre les études à ce sujet, en vue de les confirmer éventuellement. La réponse du cartilage épiphysaire à l'irradiation se traduit d'abord par un arrêt de croissance, puis par un stade transitoire de surproduction, enfin par l'arrêt complet de développement.

E. propose de tenir compte des réactions du cartilage épiphysaire comme test biologique de l'action des radiations.

Reste en suspens la question de savoir s'il est possible de limiter l'action inhibitrice du radium sur des régions circonscrites du cartilage épiphysaire.

Morel Kahn.

### ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION
### (Buenos-Ayres)

**C. B. Udaondo.** ***Relations entre l'ulcère et le cancer gastrique ;*** **P. I. Elizalde** et **O. A. Itoiz.** ***Ulcus et cancer gastrique*** (*Archivos Argentinos de enfermedades del Aparato Digestivo y de la nutricion*, t. **14**, n° 1, Octobre-Novembre 1938, p. 6-52 et p. 53-90). — Ces deux communications furent présentées au VI[e] Congrès national de Médecine, tenu en Octobre 1938. La première communication, purement clinique, laisse de côté l'histopathologie de cette question, alors que le travail de E. et I. est une étude histopathologique très poussée de ce problème, suivie de quelques considérations sur l'étiopathogénie et la fréquence de l'ulcus cancéreux.

La conclusion de ces articles intéressants n'écarte pas la cancérisation de l'ulcus, mais, comme le dit U. : « Celle-ci existe dans une proportion assez faible... Devant l'absence de certitudes cliniques, on ne doit pas perdre son temps en discussions hypothétiques. La laparotomie est toujours indiquée, avant même qu'on puisse soupçonner une cancérisation, et il vaut mieux commettre une erreur sans conséquence que de passer à côté d'une néoplasie. »

Robert Coronel.

### BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL CANCER
### (Buenos-Ayres)

**Angel H. Roffo.** ***Du tabac blond comme substance cancérigène*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 47, Avril 1938, p. 5-22). — Dans une série d'expériences, antérieures à cette communication et ayant porté sur diverses variétés de tabac, R. avait démontré que la substance cancérigène du tabac est non pas la nicotine, mais le goudron contenu dans la fumée, celui-ci agissant selon les mêmes processus que le goudron de houille. L'expérimentation a porté, cette fois-ci, sur les tabacs dits « *turcs* » et « *égyptiens* ». Nous résumerons rapidement ces expériences, afin d'arriver aux conclusions de R., qui sont très intéressantes. La quantité de goudron par kilogramme de tabac est de 72 *g.* pour les tabacs turcs et de 68,6 *g.* pour les tabacs égyptiens. La toxicité de ces tabacs est considérable et il suffit de 2,22 *cm*³ de tabac égyptien pour tuer un rat de 1 *kg.* Le processus d'expérimentation, fort simple, a consisté à badigeonner quotidiennement, avec du goudron de ces tabacs, la face interne de l'oreille des lapins. Ce badigeonnage très localisé provoque, en 5 à 6 mois, l'apparition de phénomènes tissulaires évoluant très rapidement. R. conclut à la toxicité plus grande du tabac blond, qui non seulement produit une quantité de goudron supérieure à celle fournie par le tabac noir, mais qui a aussi une action plus rapide. L'action cancérigène est d'ailleurs la même au point de vue du processus histopathogénique. Tous les animaux passés au goudron ont été cancérisés, alors que les « *témoins* » sont restés indemnes.

Si l'on considère que 1 *kg.* de tabac blond donne 70 *g.* de goudron, un fumeur de 2 paquets par

jour fume donc 1 $kg$. de tabac par mois, soit 70 $g$. de goudron par mois et 840 $g$. par an déposé sur ses muqueuses.

Robert Coronel.

**A. H. Roffo** et **A. E. Roffo** (Jr). ***Variations de la malignité du tissu néoplasique chez les rats greffés, selon qu'ils sont électriquement connectés à la terre ou isolés de celle-ci*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 47, Avril 1938, p. 23-31). — Continuant les expériences de Vlès et A. de Coulon, R. et R. ont été amenés à étudier les variations de la malignité des tumeurs greffées à des rats, selon qu'ils sont ou non électriquement connectés au sol. R. et R. ont utilisé, pour les greffes, du tissu provenant, pour une série de rats, d'un adénocarcinome mammaire et, pour l'autre série, d'un sarcome fusocellulaire. Ils arrivent aux conclusions suivantes: 1° Les rats greffés avec du tissu adénocarcinomateux développent leur tumeur dans 80 pour 100 des cas, alors que les rats connectés les développent dans 100 pour 100 des cas. 2° Les tumeurs ainsi développées ne présentent aucune particularité digne d'être mentionnée.

Robert Coronel.

**A. E. Roffo** (Jr). ***Variations, au cours de leur croissance, du poids des rats blancs, suivant qu'ils sont électriquement connectés à la terre ou isolés de celle-ci*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 47, Avril 1938, p. 33-43). — R. nous rapporte le résultat de ses expériences sur les variations de poids chez les rats, suivant qu'ils sont électriquement reliés ou non à la terre. Afin d'éviter toute cause d'erreur, on utilisa des rates blanches, dans un état de grossesse très avancée. Celles-ci furent placées dans une boîte en bois et isolées les unes des autres par des cloisons de bois. Cette caisse fut mise sur une tablette en bois, à 1 $m$. du sol, et parfaitement isolée de la terre. Les rates électriquement connectées ont été choisies comme celles de la première expérience. Mises dans une boîte en bois (isolées les unes des autres) recouverte d'une plaque de Zn, reliée à un conducteur connecté à la terre et plongeant à 6$m$. sous terre. Le nettoyage, les pesées, l'alimentation, toutes opérations susceptibles de causer des erreurs, ont été effectuées par des personnes isolées du sol et selon un processus rigoureux. Les expériences ont eu une durée de 3 mois, à partir de la naissance des rats.

Le résultat de ces expériences est que les animaux isolés de la terre et en contact avec le potentiel atmosphérique ont une croissance et une augmentation de poids supérieures à celles des animaux témoins.

Les animaux isolés de la terre, mais électriquement connectés à celle-ci, ont la même croissance que les animaux témoins, qui sont, naturellement, électriquement unis à la terre.

Robert Coronel.

## *REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA-INMUNOLOGIA QUIMIOTERAPIA*

***(Buenos-Ayres)***

**Carlo Fossati.** ***La cholestérine dans le sang des tuberculeux pulmonaires traités par pneumothorax artificiel et phrénicectomie*** (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia-Inmunologia-Quimioterapia*, an. **21**, n° 11, Novembre 1938, p. 675-698). — F. a étudié les variations des taux de la cholestérolémie chez 36 malades atteints de tuberculose pulmonaire, en cours de traitement par pneumothorax ou après phrénicectomie. Cette étude, qui a porté sur de longs mois, a amené F. à constater une augmentation de la cholestérolémie après les premiers pneumothorax. Cette augmentation s'accentue avec l'évolution favorable des lésions bacillaires.

Les complications pleurales ont une influence sur le taux cholestérolique et le diminuent. Dans les cas à évolution défavorable, le taux de cholestérolémie décroît. Ces résultats sont les mêmes pour les malades traités par phrénicectomie.

Robert Coronel.

## *BRASIL MEDICO*

***(Rio-de-Janeiro)***

**G. Siffert de Paula e Silva.** ***La balantidiase humaine : ses aspects clinique et thérapeutique*** (*Brasil Medico*, an. 52, n° 45, 5 Novembre 1938, p. 1005-1015). — S. de P. avait déjà, en 1933, traité un cas de dysenterie balantidienne par le régime lacté intégral. Ce traitement a été préconisé par Greene et Scully, qui l'ont essayé par hasard et ont été étonnés de ses résultats remarquables. Depuis cette date, S. de P. eut l'occasion de traiter encore 5 cas, et tout récemment 2 nouveaux cas, ce qui porte à 8 le nombre de dysenteries balantidiennes soignées par cette simple thérapeutique, jusqu'ici couronnée de succès. Mais, dans l'un des deux derniers cas, le *Balantidium coli* continua, malgré une très nette amélioration clinique, à être présent dans les selles. S. de P. mit alors ce malade à la caséine. L'émétine restant impuissante à le débarrasser du parasite, on eut alors recours à l'acide 4-oxy-3-acétylaminophénylarsénique (paroxyl). Le *B. coli* disparut rapidement et la guérison fut complète.

Robert Coronel.

**Mario Altenfelder.** ***De quelques cas de coqueluche traités par l'acide ascorbique*** (*Brasil Medica*, an. **52**, n° 47, 19 Novembre 1938, p. 1050-1058). — La vitaminothérapie est à l'ordre du jour. Cette thérapeutique, relativement récente, semble justifier l'enthousiasme des chercheurs modernes. Mais son action, en dehors de ses vertus spécifiques, semble moins bien connue. A. a eu l'attention attirée par le fait que la vitamine C inhibe dans l'organisation l'action virulente de certains germes, et A. a expérimenté cette propriété au cours de la coqueluche, suivant les indications de Ormerod. 9 enfants furent traités par l'acide ascorbique. Celui-ci fut donné sous forme de Vitascorbol intramusculaire (ampoules de 2 $cm^3$ à 5 pour 100 d'acide ascorbique) associé à des comprimés du même produit à 0 $g$. 025. La dose quotidienne va en décroissant, de 0 $g$. 350 le 1er jour à 0 $g$. 025 le 10e et dernier jour. Dès le 3e jour, les vomissements cessent, la toux diurne et nocturne est moins intense, les crises sont plus espacées. L'appétit réapparaît. Le critère de guérison est fourni par la cessation complète de la toux nocturne. Dès le 8e jour le tableau clinique est franchement bénin. Des enfants ainsi traités pendant 10 jours ont été revus un mois après et ne présentaient aucune suite ou récidive.

A. pense que la saturation de l'organisme par l'acide ascorbique écourte considérablement la durée de la maladie chez les enfants atteints de coqueluche.

Robert Coronel.

## *THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*

***(Chicago)***

**H. Hammer** et **T. Schulte.** ***Modifications de la pression artérielle produites par le massage de la prostate*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 4, 23 Juillet 1938, p. 308-310). — H. et S. ont observé que le massage de la prostate déterminait le plus souvent une nette ascension des tensions systoliques et diastoliques pouvant atteindre un chiffre considérable chez les hypertendus. Cette hypertension réactionnelle explique la fréquence des syncopes, qui s'observent dans 1 pour 100 des cas environ après massage prostatique. La possibilité d'une forte ascension tensionnelle doit faire rejeter le massage de la prostate chez les hypertendus.

R. Rivoire.

**J. Twin** et **J. Barnard.** ***Maladies des voies biliaires associées à une altération du métabolisme du cholestérol*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 11, 10 Septembre 1938, p. 990-994). — T. et B. ont traité par un régime pauvre en cholestérol 100 malades atteints de cholécystite avec hypercholestérolémie. Dans l'ensemble, ce régime a déterminé une baisse du chiffre du cholestérol du sang, particulièrement marquée chez les malades ayant subi une cholécystectomie, et aussi une amélioration des symptômes. T. et B. concluent donc à l'efficacité de leur régime, particulièrement dans les suites des interventions sur la vésicule, afin d'éviter les récidives douloureuses.

R. Rivoire.

**W. Sako, F. Dwan** et **E. Platon.** ***La sulfanilamide associée au sérum dans le traitement et la prophylaxie de la scarlatine*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 11, 10 Septembre 1938, p. 995-997). — S., D. et P. ont traité par la sulfanilamide, systématiquement, 100 malades atteints de scarlatine. Parmi ceux-ci, 8 eurent des complications, alors que dans 100 cas similaires non traités par la sulfamide, 41 eurent des complications.

Si l'usage de la chimiothérapie préventive semble diminuer considérablement la fréquence des complications, il ne semble pas que cette thérapeutique raccourcisse l'évolution propre de la scarlatine.

L'injection de 20 $cm^3$ de sérum de convalescent n'empêcha pas l'apparition de la scarlatine chez 5 enfants très exposés, tandis que 5 autres enfants traités par le sérum plus la sulfamide ne contractèrent pas la maladie.

Il semble que le meilleur traitement actuel de la scarlatine soit l'association de sérothérapie intraveineuse massive et de hautes doses de sulfamide.

R. Rivoire.

**G. Freeman** et **G. Hartley.** ***Hypertension chez un malade ayant un rein solitaire ischémique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol **111**, n° 13, 24 Septembre 1938, p. 1159-1162). — La très intéressante observation rapportée par F. et H. est probablement unique dans la littérature médicale et prend tout son intérêt du fait des récentes expériences de Goldblatt, qui a montré que l'occlusion incomplète des artères rénales par une pince peu serrée déterminait chez l'animal une hypertension artérielle permanente. L'observation rapportée représente une expérience naturelle reproduisant chez l'homme la technique physiologique de Goldblatt.

Il s'agit d'un homme qui, à la suite de l'ablation d'un rein accidenté, vit survenir une hypertension artérielle grave et progressive qui aboutit en deux ans à la mort par myocardite. Or, à l'autopsie, le parenchyme rénal fut trouvé intact, mais on découvrit à l'origine de l'artère rénale une grosse plaque athéromateuse qui bloquait presque entièrement le débit artériel.

R. Rivoire.

**H. Diehl, A. Baker** et **D. Cervan.** ***Valeur des vaccins contre le rhume de cerveau; observation basée sur une étude contrôlée*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 13, 24 Septembre 1938, p. 1168-1174). — D., B. et C. ont entrepris pendant deux ans des recher-

ches minutieuses pour vérifier l'efficacité des divers vaccins préconisés pour immuniser contre les rhumes de cerveau. Un grand nombre de témoins, aussi susceptibles aux rhumes que les sujets traités, avaient été soumis à la même vie et au même régime.

Le fait le plus remarquable qui ressort de cette étude, c'est la diminution considérable de la fréquence des rhumes chez les témoins. Par contre, les sujets traités n'eurent que 25 pour 100 de rhume de moins que les témoins. Cette faible diminution de fréquence n'a qu'une valeur statistique insuffisante, et de toute façon ne justifie pas un traitement aussi complexe que celui utilisé.

R. Rivoire.

**O. Robertson.** ***Récents travaux sur la pneumonie lobaire expérimentale; pathogénie, guérison et immunité*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 16, 15 Octobre 1938, p. 1432-1437). — R. a réussi à provoquer chez le chien une pneumonie lobaire très analogue à celle de l'homme, en implantant des pneumocoques enrobés dans une pâte d'amidon dans les sacs aériens terminaux. L'évolution anatomique des lésions inflammatoires de la pneumonie canine est essentiellement la même que celle observée dans la pneumonie lobaire humaine. Au moment de la guérison, il survient une modification histologique frappante qui consiste en la transformation de certaines cellules tissulaires fixes en macrophages libres qui phagocytent et détruisent les pneumocoques bien mieux que ne le font les polynucléaires.

Le mécanisme de la guérison semble double: en premier lieu, il existe un processus général qui localise l'injection et contrôle la bactériémie; en second lieu, il y a la réaction locale macrophagique, qui permet au poumon de se débarrasser lui-même des organismes envahisseurs. Si l'un ou l'autre de ces processus fait défaut, la guérison ne survient pas.

Une attaque de pneumonie confère un certain degré d'immunité qui persiste plusieurs mois.

R. Rivoire.

### ORVOSI HETILAP
### (Budapest)

**S. Lajos.** ***Résultats cliniques obtenus avec la vitamine P*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 26, 25 Juin 1938, p. 642-643). — Il est connu que dans certains cas la vitamine C n'influence pas les maladies hémorragiques, tandis que le jus des fruits crus est à même d'en guérir les altérations. On supposait ainsi qu'il se trouvait encore dans ce jus, en dehors de la vitamine C, un facteur qui active cette vitamine. Szent-Györgyi a trouvé ce facteur dans une sorte de flavone qu'il a appelée la vitamine P (vitamine de la perméabilité capillaire).

L'auteur a essayé cette vitamine dans certaines maladies où la vitamine C n'influençait pas l'état de la maladie hémorragique. Il a observé qu'elle peut augmenter la résistance des capillaires et faire diminuer leur perméabilité. Ainsi, il a obtenu de bons résultats dans les purpuras vasculaires. Dans les néphrites de différentes origines qu'il a pu observer, l'hématurie cesse rapidement et la maladie se guérit en peu de temps. Il estime donc que dans les états où le danger d'une néphrite existe, pour la prophylaxie on peut employer également la vitamine P.

Dans d'autres maladies hémorragiques, les résultats sont très variables, mais, dans ces altérations, on peut observer également la diminution de la perméabilité et l'augmentation de la résistance des capillaires.

A. Blaszo.

**J. Papp.** ***Sécrétion interne et sécrétion gastrique*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 33, 13 Août 1938, p. 806-808). — Selon les observations de plusieurs auteurs, au cours de l'administration journalière d'insuline, la sécrétion gastrique augmente dans tous les cas et, dans la plupart de ces derniers, l'acidité gastrique est également augmentée.

A l'appui de ces faits, l'auteur a examiné s'il est possible d'observer, dans l'hyperchlorhydrie, une hypersécrétion du pancréas, surtout une hypersécrétion d'insuline, c'est-à-dire si, au cours de cette maladie, il peut exister une hypersensibilité vis-à-vis de cette hormone.

Il a constaté: 1° que, dans l'hyperchlorhydrie, la réaction insulinique de ces sujets est augmentée; 2° que la courbe glycémique de ces malades est caractéristique; 3° que, sous l'influence de parathormone, la sensibilité de ces sujets, vis-à-vis de l'insuline, baisse ou même cesse; 4° que l'état hypoglycémique artificiel est bien influençable par l'hormone des glandes parathyroïdiennes; 5° qu'il semble que les glandes parathyroïdiennes empêchent la sécrétion de l'insuline. A. Blaszo.

**K. Csépai** : ***Le traitement de l'ulcère gastrique par la folliculine*** (*Orvosi Hetilap*, t. **82**, n° 38, 17 Septembre 1938, p. 915-918). — Se basant sur les observations statistiques, selon lesquelles on constate une divergence sexuelle fondamentale dans la fréquence de l'ulcère gastrique et duodénal, C. a essayé de traiter par la folliculine 51 sujets atteints de ces maladies. Sur ce nombre, il a réussi à guérir 47 malades. Quoique dans cette maladie il faille toujours compter avec la guérison spontanée, il semble probable que la folliculine peut influencer favorablement la maladie, car chez ces 47 malades elle a été guérie sans autre médicament.

Ces malades n'ont été soumis à aucun régime et n'ont pas été alités. Le traitement a été efficace dans les diverses formes de l'ulcère gastrique et duodénal certain. Dans 9 cas, les autres interventions usuelles ont été inefficaces. Seul le traitement folliculinique a permis d'obtenir la guérison.

La question de savoir si ce traitement peut défendre les sujets contre une rechute de la maladie ne peut être établie que par de nombreuses expériences et de longues observations.

A. Blaszo.

### MINERVA MEDICA
### (Turin)

**E. Ciambellotti** (Modène). ***Contribution clinique et expérimentale à la connaissance des syndromes agranulocytaires post-arsénobenzoliques*** (*Minerva medica*, an. **29**, t. **1**, n° 25, 23 Juin 1938, p. 661-665). — Chez les sujets traités par l'arsénobenzol, les altérations sanguines (légère anémie hypochrome avec très faible neutropénie et soit mono- ou lymphocytose, soit monocytoou lymphocytopénie) sont rarement observées; les accidents sanguins sont exceptionnels, peu accusés et ont tendance à guérir spontanément, que les sujets soient traités par l'arsénobenzol seul ou associé au bismuth et au mercure (les mêmes remarques s'appliquent aussi aux accidents éventuels de l'aurothérapie). Au cours d'une pratique de plus de 10 ans, C. n'a observé que deux cas d'altérations sanguines assez sommairement rapportés; le premier est celui d'une femme de 25 ans traitée pour une gomme du nez et présentant des accidents avec l'arsénobenzol (néphrite et érythrodermie), le bismuth (dermite eczématiforme diffuse) et le mercure (stomatite); l'examen ne montre qu'une légère anémie hypochrome sans modification des globules blancs; les réactions de la syphilis sont fortement positives; une cuti- et une percuti-réaction à l'arsénobenzol sont négatives; une intradermo-réaction donne une petite rougeur locale; le même jour apparaît sur tous les points de pression un érythème prurigineux et légèrement ortié; le nombre des leucocytes tombe à 3.400 le lendemain et revient à 6.000 au bout de 48 heures, tandis que la formule leucocytaire s'inverse pendant plusieurs jours.

Le deuxième cas est celui d'un sujet de 23 ans présentant, après des injections d'arsénobenzol, de bismuth et de mercure, une leucopénie avec neutropénie et lymphomonocytose. Ces accidents sanguins sont si rares qu'il est inutile de faire des examens hématologiques systématiques chez tous les syphilitiques; il suffit de les pratiquer lorsqu'il y a des signes d'intolérance sanguine ou vasculaire. Du point de vue expérimental, l'arsénobenzol n'a pas de toxicité élective pour le système hématopoïétique du lapin et du cobaye; on n'arrive pas à reproduire chez eux un syndrome agranulocytaire mais un état de souffrance de toute la moelle osseuse. Lucien Rouquès.

**L. Dapra** et **A. G. Silvani** (Turin). ***Sur le traitement de l'ulcère gastro-duodénal par les injections intraveineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 2, n° 28, 14 Juillet 1938, p. 41-46). — D. et S. ont traité 9 cas d'ulcère gastrique ou duodénal par la méthode de Landau et Glass: injection intraveineuse quotidienne le matin à jeun de 1 *g*. de bromure de sodium et de 1 *mg*. de sulfate d'atropine dans 10 $cm^3$ d'eau distillée ; les premières injections peuvent déterminer une certaine sensation de constriction et de sécheresse de la gorge, une diminution passagère et légère de la vue ou l'apparition d'un scotome transitoire mais ces troubles n'ont jamais la moindre gravité. Après un nombre d'injections allant de 3 à 8, les brûlures gastriques disparaissent; après un nombre d'injections allant de 6 à 12, les douleurs s'atténuent ou disparaissent complètement; ces résultats, qui permettent d'élargir rapidement l'alimentation, sont à peu près constants : D. et S. les ont notés chez tous leurs malades sauf un qui suivait un traitement ambulatoire sans cesser de travailler et sans suivre un régime quelconque; dans 4 cas, des radiographies ont été faites avant et après la cure; dans 3, la guérison radiologique était complète et dans le quatrième, les lésions étaient améliorées.

Ce traitement semble agir par un double mécanisme: 1° l'atropine diminue la sécrétion chlorhydrique et le bromure s'éliminant par la muqueuse gastrique forme dans l'estomac de l'acide bromhydrique qui remplace une partie de l'acide chlorhydrique; 2° l'atropine et le bromure influencent le déséquilibre neuro-végétatif qui a un rôle important dans la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux. Lucien Rouquès.

**A. Romero** (Turin). ***Traitement de la migraine et de quelques céphalées par la diélectrolyse calcique transcérébrale*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 2, n° 29, 21 Juillet 1938, p. 62-69). — R. a traité de nombreux sujets atteints de céphalée par l'ionisation calcique transcérébrale; cette méthode lui paraît donner des résultats supérieurs à ceux de tous les autres traitements y compris les injections intraveineuses de calcium, dans les syndromes migraineux et les céphalées vaso-motrices avec hypersécrétion (céphalée post-traumatique, céphalée après ponction lombaire ou rachi-anesthésie, céphalée d'origine générale) ; les résultats obtenus sont durables. Lorsqu'un facteur étiologique les indique, les autres traitements peuvent être associés à titre d'adjuvant à l'ionisation, mais celle-ci reste la méthode de choix. Lucien Rouquès.

**F. Tecilazic** (Milan). ***Sur le traitement et la prophylaxie des paralysies diphtériques par la vitamine $B_1$*** (*Minerva medica*, an. 29, t. 2, n° 44, 3 Novembre 1938, p. 451-453). — L'action de la vitamine $B_1$ sur les paralysies diphtériques a fait


DRYCO

l'objet d'interprétations discordantes. T. a traité 41 sujets atteints de paralysie diphtérique par des injections intramusculaires quotidiennes de 5.000 à 10.000 unités internationales associées à des injections de strychnine; il n'a pas constaté de résultats nets de ce traitement; tout au plus, peut-on admettre que dans certains cas on réussit à éviter l'extension des paralysies et l'apparition de troubles graves au niveau des muscles de la déglutition et du diaphragme. Par contre, la valeur prophylactique de la vitamine $B_1$ paraît nette; T. rapporte une statistique de 24 sujets atteints de diphtérie maligne et de 33 atteints de diphtérie pharyngée étendue, tous traités dès leur entrée à l'hôpital par des injections quotidiennes de 5.000 unités pendant 7 à 10 jours, puis après un repos de 10 à 15 jours, pendant une nouvelle période de 7 à 10 jours; par exemple, sur 6 sujets atteints de diphtérie maligne soumis à la sérothérapie le 3e jour, 1 a présenté une paralysie; sur 7 sujets soumis à la sérothérapie le 4e jour, 4 ont présenté des paralysies; sur 9 soumis à la sérothérapie le 5e jour, 8 ont présenté des paralysies; 2 traités par le sérum le 6e jour ont présenté des paralysies; pour apprécier ces chiffres, il faut noter que sur plus de 300 cas de diphtérie maligne traités par le sérum sans vitamine le 3e jour ou plus tard, T. a toujours observé des paralysies. LUCIEN ROUQUÈS.

### *ACCADEMIA MEDICA*
### *(Gênes)*

**M. Sigon** (Gênes). ***Sur le comportement de l'infarctus anémique au niveau des reins atteints d'hydronéphrose*** (*Accademia medica*, t. 53, n° 7, Juillet 1938, p. 171-188). — L'évolution des infarctus anémiques est bien connue au niveau des reins sains, mais on l'a peu étudiée au niveau de reins antérieurement lésés ; S. a entrepris cette étude sur des lapins dont les reins présentaient une sclérose consécutive à une hydronéphrose par ligature de l'uretère. Il a constaté que la ligature de l'artère rénal déterminait au niveau des reins ayant une hydronéphrose comme à celui des reins sains une nécrose ischémique qui n'épargne que de petites zones de parenchyme au contact de la capsule ou du bassinet et parfois de petits îlots périvasculaires dans les colonnes de Bertin ; en général, ces zones épargnées sont plus nombreuses dans les reins du premier groupe. La sclérose atrophique est l'aboutissant normal de l'infarctus dans les reins des deux groupes ; la rapidité de son développement paraît en rapport avec l'importance des zones épargnées ; aussi la sclérose évolue-t-elle plus vite au niveau des reins dont l'uretère avait été lié au préalable qu'à celui des reins sains avant la ligature artérielle. On observe dans les infarctus provoqués sur des reins atteints depuis peu d'hydronéphrose d'importantes calcifications avec production d'os, de cartilage et de moelle osseuse ; le bord de l'infarctus dans la zone sous-capsulaire est toujours riche en restes de noyaux nécrosés. Dans les infarctus provoqués au niveau de reins atteints d'hydronéphrose ancienne, les calcifications sont très rares ou manquent ; les phénomènes de réparation s'effectuent aux dépens de fibroblastes provenant des zones non nécrosées et des éléments respectés du parenchyme rénal ; la ligne de démarcation entre l'infarctus et la zone sous-capsulaire est peu nette ou manque. LUCIEN ROUQUÈS.

### *ANNALI DELL' ISTITUTO CARLO FORLANINI*
### *(Rome)*

**M. Benvenutti** (Rome). ***Les pleurésies enkystées diaphragmatiques au cours du pneumothorax*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 3, Mars 1938, p. 157-170). — Les pleurésies exsudatives du pneumothorax thérapeutique peuvent ne pas débuter par le sinus costo-diaphragmatique; le liquide se collecte parfois d'abord sur la partie interne du diaphragme et n'envahit la grande cavité pleurale que dans un second temps. B. a observé 32 cas de ces pleurésies enkystées, 17 à gauche, 15 à droite; elles surviennent dans la plupart des cas 10 à 30 jours après l'injection d'air; les plus tardives ont été constatées au bout de 10 mois; dans deux cas, leur début a été annoncé par un petit mouvement fébrile avec douleur fixe à la base du thorax, dans deux autres par une augmentation modérée de la pression endopleurale avec amphorisme respiratoire; mais en pratique, seul l'examen radiologique permet de dépister ces pleurésies en montrant une opacité à limite supérieure nette, horizontale, à la partie interne de la coupole diaphragmatique; le niveau est parfois au dessous de la coupole; dans d'autres cas, il brouille son contour interne qui est aplati Un autre signe peut être constaté: une strie opaque partant de l'extrémité externe du niveau opaque, allant en s'atténuant vers la ligne médiane et décrivant une courbe concave en bas, qui correspond à la limite supérieure du sac hydro-aérique. Ces deux signes doivent faire pratiquer un examen radiologique en position horizontale.

LUCIEN ROUQUÈS.

**R. Marzo** (Naples). ***Etude pathogénique et anatomo-pathologique des processus tuberculeux de la languette pulmonaire*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 3, Mars 1938, p 171-176). — Sur 5.000 malades atteints de tuberculose pulmonaire de l'Institut Forlanini, on a relevé 55 cas de tuberculose de la languette, chiffre que M. considère comme inférieur à la réalité; dans la plupart des cas (88 pour 100), on retrouve des épisodes hémoptoïques précédant à plus ou moins longue échéance la constatation du foyer de la languette et, dans 11 cas, les signes d'auscultation ont été perçus au niveau de la languette immédiatement après une hémoptysie ou des hémoptysies répétées. Les lésions les plus souvent observées au niveau de la languette sont du type exsudatif avec des foyers acineux à faible tendance ulcérative et à évolution généralement fibreuse; ces foyers ont dans la règle une origine bronchique au cours de la tuberculose chronique et sont consécutifs à une diffusion post-hémoptoïque plutôt qu'à l'aspiration de matière caséeuse par la bronche; l'origine hématogène est possible au cours de la tuberculose miliaire diffuse ou circonscrite ; l'origine lymphatique est beaucoup plus rare.

LUCIEN ROUQUÈS.

**S. Canova** (Rome). ***La thoracoplastie antéro-latérale élastique dans les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire*** (*Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 3, Mars 1938, p. 215-233). — La thoracoplastie du type destructif est contre-indiquée dans les formes évolutives aiguës de la tuberculose pulmonaire; dans ces formes, on ne peut envisager *a priori* que des interventions réalisant un traumatisme minime et agissant par un mécanisme analogue à celui du pneumothorax; seule, la thoracoplastie antéro-latérale élastique répond à ces conditions. C. a essayé cette opération chez 23 malades ayant des lésions pulmonaires en pleine activité avec atteinte de l'état général (8 cas de lésions broncho-pneumoniques, 7 cas de lésions de type infiltratif, 8 cas de lésions mixtes). Dans l'ensemble, les suites opératoires ont été les mêmes que pour les interventions faites dans les formes subaiguës et stabilisées ; les troubles peut-être un peu plus accusés les 2 ou 3 premiers jours n'ont pas persisté au delà d'une semaine en moyenne et les malades ont pu se lever au bout de 15 jours; les suites n'ont été anormales que chez un malade dont la plaie opératoire a suppuré, chez 2 qui ont présenté une diffusion contro-latérale et chez un quatrième dont des lésions contro-latérales préexistantes se sont mises à évoluer; ces trois derniers malades sont morts mais, d'après C., leur décès n'est pas imputable à l'intervention ; sur les 20 survivants, C. a noté 18 guérisons cliniques en moins de 10 mois (et pour la moitié en moins de 5 mois) et deux améliorations. Il conclut qu'il n'existe pratiquement aucune contre-indication à la thoracoplastie antéro-latérale élastique dans les formes aiguës évolutives de tuberculose pulmonaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

### *ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA*
### *(Bologne)*

**E. Lippmann** (Milan). ***Le diabète rénal ; ses rapports avec le diabète sucré du point de vue clinique*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. 18, n° 4, Août 1938, p. 360-380). — Après avoir rappelé les différentes caractéristiques cliniques du diabète rénal, L. montre que, seule, l'existence d'un seuil bas pour le glucose a de la valeur pour distinguer ce diabète du diabète sucré. Trois observations de diabète rénal sont rapportées. La première est celle d'un homme de 43 ans chez qui on trouve par hasard une glycosurie indépendante de l'alimentation (20 *g.* par vingt-quatre heures) avec seuil rénal bas (0 *g.* 70), hyperglycémie alimentaire provoquée normale et absence d'acétonurie. Peu à peu, la glycosurie devient oscillante et est influencée par le régime, la glycémie à jeun s'élève à 0,98, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée donne une hyperglycémie forte et prolongée puis une hypoglycémie nette (0 *g.* 40) ; cette seconde phase de trouble de la glyco-régulation intermédiaire entre le diabète rénal et le diabète sucré dure environ un an. Puis survient un diabète sucré léger avec glycosurie légère (5 *g.* par vingt-quatre heures) et hyperglycémie à jeun (1 *g.* 64).

La deuxième observation est celle d'un jeune homme de 19 ans ayant une amygdalite chronique qui présente une glycosurie de 15 *g.* par vingt-quatre heures avec glycémie à jeun de 0 *g.* 86 ; l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire est normale ; la réserve alcaline est de 55 vol. pour 100 ; on trouve constamment des traces d'acétone dans l'urine sans présence des acides diacétique et bêta-oxybutirique ; l'acétonurie et la glycosurie ne sont pas modifiées par l'alimentation; il est à noter que ce sujet avait eu autrefois, sans doute après une scarlatine, de l'albuminurie orthostatique. La troisième observation est celle d'une femme ayant présenté un diabète rénal gravidique disparaissant après l'accouchement ; des cas de diabète sucré avaient existé dans la famille de son père et dans celle de sa mère.

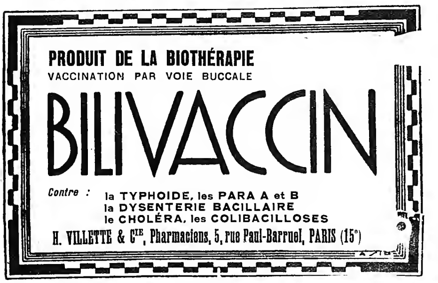
Il est probable que le diabète rénal et le diabète sucré ont une pathogénie commune; le comportement différent du seuil rénal dans ces deux formes est-il bien un facteur différentiel suffisant ? L. envisagera ce point dans un mémoire prochain.

LUCIEN ROUQUÈS.

**G. Rocchini** et **L. Guzzi** (Milan). ***Recherches et considérations sur le mécanisme de résorption des épanchements séreux*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. 18, n° 5, Octobre 1938, p. 486-500). — Dans un travail antérieur (déjà analysé), R. et G. ont montré qu'au cours de leur résorption, la teneur en polypeptides des transsudats n'augmentait pas, tandis qu'au stade final de la résorption des épanchements inflammatoires, on observait une élévation discrète et inconstante des acides aminés libres et un accroissement progres-


FARINE
LACTÉE
Salvy
DIASTASÉE




PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
Contre : la TYPHOIDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens, 5, rue Paul-Barruel, PARIS (15e)

sif et constant des polypeptides ; R. et G. en ont conclu que l'activité protéolytique des ferments contenus dans les exsudats pleuraux jouait un rôle important dans le mécanisme de résorption de ces épanchements. Dans le présent mémoire, R. et G. exposent les résultats de dosages effectués sur le sang ; à la phase d'augmentation des pleurésies inflammatoires, l'aminoacidémie reste généralement normale ; elle atteint au contraire des valeurs nettement supérieures à la normale lors de la résorption ; le degré de l'hyperamino-acidémie est jusqu'à un certain point proportionnel à l'abondance de l'épanchement et surtout à la rapidité de sa résorption ; les variations de l'azote résiduel du sang s'effectuent dans le même sens que celles de l'amino-acidémie, mais sont moins significatives ; les variations des polypeptides sériques sont faibles ou nulles. Ces données confirment l'importance des phénomènes de protéolyse dans la résorption des exsudats pleuraux.

La protéinémie est très inférieure à la normale au début des épanchements surtout lorsqu'ils sont abondants ; plus tard, il survient souvent une hyperprotéinémie accusée qui s'effectue surtout aux dépens des globulines et qui entraîne l'élévation de la pression osmotique du sérum. Sans jouer un rôle prédominant, les variations de la protéinémie et de la pression osmotique ne sont sans doute pas sans importance dans le mécanisme complexe de la formation et de la résorption des exsudats pleuraux.

Lucien Rouquès.

### *GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE (Venise)*

**M. Tommasini** (Venise). ***Résultats du traitement de l'arthrite déformante par le forage de l'épiphyse*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. 12, n° 10, Octobre 1938, p. 553-573). — L'hypothèse pathogénique qui fait de l'arthrite déformante la conséquence d'une hyperémie passive de l'épiphyse n'est pas en tous points satisfaisante mais elle est la seule qui permette d'expliquer la plupart des symptômes et des lésions. Le forage de l'épiphyse agit en supprimant immédiatement et parfois définitivement la stase, corrigeant ainsi la perturbation circulatoire soit par une action locale, soit par l'intermédiaire du sympathique articulaire ; la mise en place d'un greffon, suivant la technique conseillée jadis, est absolument inutile.

Le forage épiphysaire, facile à exécuter et sans danger, est indiqué lorsque les traitements physiques usuels ont échoué ; il est applicable à tous les cas pour lesquels une intervention plus radicale (arthroplastie ou arthrodèse) paraît disproportionnée aux symptômes ou aux anomalies radiographiques ainsi qu'à tous les cas bilatéraux. Les formes dans lesquelles l'intervention donne les meilleurs résultats sont les arthrites déformantes pures, monoarticulaires, développées sur des articulations dont la statique mécanique n'est pas grossièrement altérée (dans le cas contraire, il faudrait associer au forage le traitement étiologique voulu) ; le forage peut aussi être fait dans les polyarthrites déformantes qui ne sont pas en période aiguë et sont devenues monoarticulaires. La douleur est le signe le plus précocement et le plus constamment influencé : la contracture antalgique disparaît avec la douleur ; la limitation des mouvements liés à des altérations anatomiques des épiphyses n'est pas modifiée ; rien ne prouve que les lésions évoluent dans un sens favorable.

La statistique de T porte sur 21 forages : 12 forages de la hanche (5 succès, 4 échecs, 3 malades perdus de vue), 8 forages du genou (6 succès, 2 échecs), 1 forage de l'épaule avec bons résultats.

Lucien Rouquès.

**A. Cabitza** (Venise). ***Contribution à l'étude de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement chirurgical de la paralysie ischémique de Volkmann*** (2e mémoire) [*Giornale veneto di scienze mediche*, t. 12, n° 10, Octobre 1938, p. 591-603]. — Après un rappel clinique, étiologique et pathogénique, C. insiste sur l'importance du facteur prédisposition individuelle dans l'apparition de la paralysie ischémique ; il serait intéressant de pratiquer chez les sujets qui la présentent une exploration complète du sympathique et des glandes endocrines. Le traitement à la période d'état est exclusivement opératoire ; la résection du carpe n'est pas à conseiller ; l'opération de Colzi (résection diaphysaire partielle des deux os de l'avant-bras) modifie bien la griffe des doigts mais les résultats sont beaucoup plus d'ordre esthétique que d'ordre fonctionnel. L'intervention de choix est pour C. la séparation de l'épitrochlée de l'extrémité inférieure de l'humérus et sa fixation avec les muscles qui s'y insèrent sur le cubitus ; des essais sur le cadavre ont montré à C. que cette intervention est facile si on opère l'avant-bras étant fléchi, en faisant une incision postérieure partant de l'épitrochlée et dirigée obliquement à 45° vers l'axe de l'avant-bras.

Lucien Rouquès.

### *RIVISTA DI CHIRURGIA (Naples)*

**L. Imperati** (Naples). ***Sur la soi-disant allergie au catgut (Contribution expérimentale et clinique)*** [*Rivista di Chirurgia*, an. 4, n° 10, Octobre 1938, p. 477-493]. — Chez des cobayes préparés avec du sérum de cheval ou de mouton, l'introduction du catgut dans l'abdomen ou sous la peau provoque des réactions locales d'intensité et d'extension variables, sous forme d'œdème, exsudations sérofibrineuses ou hémorragiques, pouvant produire de véritables adhérences viscérales. Ces phénomènes, presque constants avec le catgut, peuvent se retrouver avec la soie.

On ne peut provoquer un véritable shock anaphylactique, que l'on utilise le catgut lui-même ou un extrait de catgut seul ou en même temps que le sérum.

De même, on ne peut provoquer avec le catgut le phénomène de Sañarelli-Shwartzman, tout au moins sous la forme classique de réaction nécrotique et hémorragique cutanée. Les essais les plus divers associant au catgut les filtrats bactériens ou le sérum de cheval ont échoué.

Chez les animaux convenablement préparés, il n'a pas été constaté sur une suture de laparotomie une tendance à la désunion ou à un processus anormal de guérison.

La recherche de l'intradermo-réaction à l'extrait de catgut chez des malades chirurgicaux ayant déjà subi une intervention ou des injections de sérums, ou sujets à des maladies allergiques (eczéma, rhume des foins, etc.), a donné des réactions positives de l'ordre de 2,5 à 1 pour les sujets sans antécédents de même ordre.

L'auteur conclut qu'on ne peut parler d'anaphylaxie au catgut.

J. Assali.

### *NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)*

**H. Boom et J. W. Boehmer.** ***Cachexie hypophysaire de Simmonds, ostéite déformante de Paget et lésions articulaires*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 82, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 5731-5736). — B. et B. reviennent, dans ce travail, sur l'observation d'un homme atteint de cachexie hypophysaire de Simmonds accompagnée d'altérations osseuses diagnostiquées maladie de Paget (voir *La Presse Médicale* du 2 Décembre 1936). Le traitement hormonal qui fut pratiqué sur ce malade donna tout d'abord des résultats si nets qu'on a pu penser un moment que les antihormones dont l'existence a été démontrée par Collip chez les animaux n'ont guère d'effet dans l'espèce humaine. Mais, au bout de six mois, des troubles mentaux revinrent; les symptômes physiques et notamment ceux de maladie de Paget, qui ne s'étaient d'ailleurs pas modifiés, s'accentuèrent et le malade mourut.

Au point de vue macroscopique, l'autopsie ne fit rien constater d'anormal, sauf au niveau de l'hypophyse où on trouva une tumeur de la grosseur d'une cerise qui occupait toute la place du lobe antérieur et qui écrasait le lobe postérieur. La selle turcique était agrandie et mesurait, d'avant en arrière, 25 mm. Néanmoins, autour de la tumeur, il persistait encore des restes de lobe antérieur. La tumeur elle-même était constituée par un kyste à colloïde.

La thyroïde était petite (7 g.); le thymus n'a pu être retrouvé; les surrénales étaient petites avec atrophie des couches superficielles de l'écorce; les testicules étaient très petits (23 g.).

En ce qui concerne le squelette, on constata de l'ankylose des deux hanches ainsi que des lésions du squelette, surtout du bassin : transformation du tissu cartilagineux des articulations en tissu scléreux très vascularisé, moelle fibreuse hyperémique et sans tissu actif, épaississement du périoste, altérations témoignant aussi bien de phénomènes de désintégration que d'édification osseuse; crâne irrégulier, épaissi par places et ailleurs (occiput) très aminci.

En somme, l'autopsie a montré surtout dans la région du bassin des modifications du squelette très analogues à celles qu'on observe dans la maladie de Paget. Cette localisation pourrait s'expliquer par les effets de la maladie de Simmonds sur les caractères sexuels secondaires.

P.-E. Morhardt.

# REVUE DES JOURNAUX

## PARIS MÉDICAL

**E. Rist.** ***Emphysème et sclérose pulmonaire*** (*Paris-Médical*, t. **29**, n° 7, 18 Février 1939, p. 157-164). — On a tendance à confondre la sclérose pulmonaire et l'emphysème, alors que ces deux états sont, au point de vue clinique, exactement le contraire l'un de l'autre.

L'emphysème vrai n'a pas, à son origine, une sclérose comme l'emphysème vicariant ou complémentaire, limité à des parties du poumon et développé au voisinage immédiat d'une altération rétractile, cicatricielle ou atélectasique du poumon. L'emphysème vrai atteint l'ensemble des deux poumons, qu'il distend et dont il augmente le volume, c'est une perte de l'élasticité pulmonaire; les poumons distendus sont encombrés d'un excès d'air résiduel.

Les symptômes cliniques de l'emphysème dérivent de ces altérations: dyspnée permanente, brièveté de l'inspiration, allongement de l'expiration, qui est affaiblie et incomplète, impossibilité de l'expiration forcée comme de l'inspiration profonde, par conséquent de l'adaptation à l'effort, d'où cyanose, augmentation de volume de la cage thoracique dans tous ses diamètres.

La sclérose pulmonaire est la séquelle permanente d'affections les plus diverses, elle est circonscrite ou étendue à un poumon tout entier, il est rare qu'elle atteigne les deux poumons. Il y a diminution du parenchyme pulmonaire sclérosé. Ici le parenchyme, au lieu d'être distendu, est rétracté d'une manière définitive. La symptomatologie est nulle lorsque la sclérose est limitée. Lorsqu'elle est étendue, la dyspnée est modérée, il y a diminution de volume de la cage thoracique, diminution de l'expansion respiratoire et de l'illumination à la toux.

Cependant la sclérose, lorsqu'elle est étendue et l'emphysème généralisé lorsqu'il est accentué, aboutissent tous deux à la même étape terminale: l'insuffisance cardiaque.

Robert Clément.

**P. Ameuille** et **J.-M. Lemoine.** ***Cancer et abcès du poumon*** (*Paris-Médical*, t. **29**, n° 7, 18 Février 1939, p. 164-167). — Il se fait parfois des ramollissements à contenu puriforme dans le centre de certains blocs cancéreux du poumon, leur élimination par les bronches laisse une caverne cancéreuse. Il existe aussi des suppurations pulmonaires vraies dans le poumon cancéreux à côté des masses cancéreuses ou en dehors d'elles. Les infections secondaires ne sont pas toujours franchement abcédées et se présentent parfois comme de simples pneumopathies inflammatoires condensantes.

Il faut, en pratique, distinguer trois formes cliniques:

Les faux abcès cancéreux du poumon qui sont en réalité des cancers du poumon à centre nécrosé liquéfié et évacué.

Les cancers bronchiques révélés par des condensations pulmonaires inflammatoires qui ont plusieurs destinées possibles; résorption comme des pneumonies banales, persistance jusqu'à la mort, liquéfaction et ulcération.

Les cancers bronchiques, masqués par un abcès du poumon. Chez les gens âgés, un abcès du poumon, surtout lorsqu'il s'accompagne d'une opacité importante, doit faire rechercher systématiquement le cancer.

Certains cancers bronchiques masqués par un abcès qui échappe aux examens radiologiques simples se sont révélés par l'injection d'un liquide opaque dans les bronches ou par la bronchoscopie.

Le seul traitement logique serait l'exérèse; il n'est pas certain qu'elle soit toujours impossible. La gravité de l'association abcès-cancer paraît légitimer une intervention, même des plus risquées.

Robert Clément.

**P. Pruvost, Mlle Aubin** et **Depierre.** ***Lésions d'emprunt en dehors de la tuberculose pulmonaire*** (*Paris-Médical*, t. 29, n° 7, 18 Février 1939, p. 167-171). — Sous le nom de « lésions d'emprunt », P., A. et D. entendent « ces épiphénomènes qui, correspondant tantôt à la splénopneumonie, tantôt à l'atélectasie, se surajoutent à la lésion vraie spécifique et en amplifient l'étendue de manière excessive ». Ces lésions sont bien connues au cours de la tuberculose; on peut rencontrer des manifestations analogues en dehors de la tuberculose.

Ces lésions diverses au point de vue anatomique peuvent siéger soit autour du foyer spécifique, soit à côté de lui et s'étendant plus ou moins loin, soit du côté opposé. Tantôt il s'agit de réactions fluxionnaires, congestives, œdémateuses ou pneumoniques autour de la lésion, tantôt de réactions à distance.

Une ectasie bronchique circonscrite, jusque-là méconnue, peut être révélée par une de ces lésions de voisinage.

Chez les asthmatiques, des infiltrats localisés et fugaces apparaissent ou disparaissent assez vite.

Au cours de l'évolution des kystes aériens, il se constitue parfois des foyers de congestion, l'ensemble simulant un abcès du poumon. Un pneumothorax spontané et bénin, à répétition ou non, peut masquer ou révéler un kyste aérien.

C'est à propos du cancer broncho-pulmonaire, et en particulier à propos du cancer sténosant des bronches, que les lésions d'emprunt sont les plus fréquentes.

Il en existe également en rapport avec des lésions médiastinales.

Ces lésions secondaires ou de voisinage donnent à l'image radiologique un aspect disproportionné quant à l'étendue ou à la densité de la vraie lésion. Elles peuvent rendre le diagnostic difficile ou révéler une lésion inapparente. Il faut en tenir compte dans l'établissement du pronostic et du traitement.

Robert Clément.

## LE BULLETIN MÉDICAL
## (Paris)

**Ch. Laubry.** ***Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*Le Bulletin médical*, t. **52**, n° 52, 24-31, Décembre 1938, p. 945-950). — L'opération initiale de Jonesco, qui réséquait la chaîne sympathique cervicale et thoracique haute, ganglion compris, est aujourd'hui abandonnée, malgré son succès retentissant. Il en est de même de l'opération de Brown et Coffey, dont la stellectomie eut d'assez lourds déboires, et de la section du nerf de Cyon. Les interventions sur le sympathique encore usitées sont les opérations de Danielopolu, qui consiste à supprimer le sympathique cervical, à sectionner les rameaux communicants des 6e et 7e cervicales et 1re dorsale, le nerf vertébral et les filets du vague cervical. Leriche se contente d'enlever le ganglion étoilé; enfin, on pratique quelquefois la ganglionectomie thoracique.

A côté des interventions sur le système nerveux, on a proposé la thyroïdectomie totale et les greffes du myocarde.

Ces interventions chirurgicales ont à leur actif des succès et des échecs. L'opération constitue, dans l'angine de poitrine, « une ressource, mais une ressource suprême et limitée ». Elle est subordonnée aux échecs enregistrés. On y est quelquefois poussé par les douleurs et les infirmités du malade, obsédantes au point de le pousser au suicide.

Quand l'intervention chirurgicale s'impose, il faut choisir celle qui donne le moins de risques opératoires: la méthode de Leriche est celle qu'il faut préférer.

Même si l'on accepte aveuglément les statistiques des chirurgiens, leurs succès ne dépassent pas ceux obtenus avec les méthodes médicales, et en particulier avec les traitements physiothérapiques. Entre l'opération et le traitement médical, il y a place pour une intervention non sanglante et souvent efficace: les injections locales de novocaïne dans le ganglion stellaire. Cette thérapeutique n'a jamais de suites fâcheuses, elle donne de nombreuses sédations et accalmies, les unes transitoires, les autres persistantes; il y a des échecs et l'on peut se demander si, dans ce cas, les sections chirurgicales du sympathique eussent été plus heureuses.

Robert Clément.

**Ed. Doumer.** ***Le collapsus cardiaque*** (*Le Bulletin médical*, t. **52**, n° 52, 24-31 Décembre 1938, p. 951-955). — Dans l'étymologie de ce mot, il y a la notion d'une défaillance importante et profonde, mais aussi brusque. Il s'agit d'une brusque diminution du débit systolique avec pouls faible et d'amplitude fébrile. On a d'abord attribué ce symptôme à l'affaiblissement des contractions du cœur, mais on s'est aperçu depuis que si le débit systolique devient insuffisant, ce n'est pas parce que la force du myocarde est altérée, mais parce que la réplétion des cavités cardiaques est entravée. Le collapsus cardiaque est d'origine vasculaire, et dû vraisemblablement à une vaso-dilatation veineuse portant principalement sur les petits troncs.

Le collapsus cardiaque est un syndrome que l'on rencontre dans des circonstances différentes. Il est parfois le résultat d'une cardiopathie chronique. On le voit au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche ou de l'asystolie des tachy-arythmiques. Il peut être la manifestation primitive et capitale d'un hémopéricarde et de l'infarctus du myocarde. Il peut être provoqué par une hémorragie grave, par un choc anaphylactique, traumatique, opératoire ou obstétrical. Il existe des collapsus réflexes, tels ceux des syndromes péritonéaux, de l'embolie pulmonaire, du pneumothorax brusque. Le collapsus est une des complications des maladies infectieuses graves. On le rencontre dans l'insuffisance surrénale et dans le coma diabétique.

Le collapsus cardiaque est souvent soumis à tort à un traitement de tonicardiaques, qui n'ont ici qu'une action faible. Il est au contraire sensible à des médicaments considérés comme des tonicardiaques de second ordre qui, plus exactement, ne sont pas des tonicardiaques, ou agissent par des propriétés pharmacodynamiques tout autres. Ce sont les analeptiques cardiaques, le camphre et ses dérivés, la spartéine et la caféine. La médication héroïque est l'adrénaline; l'hormone cortico-surrénale a donné, dans certains cas, des résultats remarquables.

Robert Clément.

**R. Gourdon** (Kerpape, Morbihan). ***La résection des apophyses épineuses employée comme traitement des syndromes douloureux rebelles du rachis*** (*Le Bulletin médical*, t. **53**, n° **6**, 11 Février 1939, p. 95-97). — Chez un homme de 35 ans, atteint de rhumatisme vertébral chronique rebelle à toute thérapeutique, bien qu'amélioré par le repos en décubitus dorsal, la résection de toutes les apophyses épineuses lombaires sous anesthésie locale diminua les douleurs. Deux mois après on pratiqua 10 séances d'ondes courtes; 3 mois après, le malade commence à marcher et on lui applique un corset plâtré. Deux ans plus tard, les douleurs ont disparu dans la région lombaire, mais augmenté dans la colonne dorsale et surtout cervicale. Il y a augmentation des ponts ostéophytiques au niveau de la colonne lombaire.

Un jeune homme de 19 ans, atteint de cyphose lombaire, souffrant au point d'abandonner son métier de langoustier, subit la résection des apophyses épineuses de D-VIII à D-XII. Il put marcher au bout de 2 mois et quitta le sanatorium en ne souffrant plus au bout de 6 mois.

La même intervention fut pratiquée chez un jeune homme de 15 ans, présentant une cyphose dorsale inférieure accentuée. La marche put être reprise 2 mois plus tard et le malade quitta le service après 4 mois, ne souffrant plus.

L'opération a été faite à ciel ouvert et, après la résection, il est fait une sorte de greffe en appliquant sur les lames ruginées les apophyses épineuses sectionnées et en rabattant sur le tout les petits médaillons osseux encore adhérents à l'aponévrose.

Le mode d'action est encore hypothétique. La saignée osseuse a un rôle important. Dans la cyphose douloureuse, sans signes radiographiques, ce sont surtout des insertions tendineuses et les ligaments qui sont le point de départ des phénomènes douloureux, mais à la longue la mauvaise attitude entraîne une véritable périostalgie que seule la résection de l'insertion peut faire disparaître.

Robert Clément.

### *ARBEITEN AUS DER MEDIZINISCHEN FAKULTÆT OKAYAMA*
### *(Okayama)*

**I. Imai.** ***Influence exercée par les constituants de la bile du crapaud en sommeil hivernal sur la teneur en chaux et en acide phosphorique de l'urine et du sang du lapin ainsi que sur l'excrétion de la bile et des acides biliaires du chien*** (*Arbeiten aus der medizinischen Fakultät Okayama*, t. **5**, n° 4, Juillet 1938, p. 555-599). — I. a recherché l'influence des diverses fractions de l'extrait de bile de crapauds en sommeil hivernal sur la teneur en calcium et en acide phosphorique de l'urine et du sang chez le lapin et il a comparé cette influence à celle de l'acide cholalique et de l'ergostérine.

Il a vu que l'injection sous-cutanée de la fraction alcoolo-soluble et de la fraction éthéro-soluble de l'extrait biliaire augmente le taux du calcium et de l'acide phosphorique du sang, l'augmentation atteignant son maximum pour le calcium 5 à 6 heures après l'injection, et pour l'acide phosphorique, 2 heures après.

L'injection de la fraction insoluble dans l'éther augmente un peu le taux du calcium et de l'acide phosphorique du sang, l'augmentation atteignant son maximum pour le calcium 4 à 6 heures après l'injection, et pour l'acide phosphorique, 2 heures après.

L'injection sous-cutanée d'acide cholalique et d'ergostérine augmente le taux du calcium et de l'acide phosphorique du sang, l'augmentation atteignant pour le calcium son maximum au bout de 6 à 7 heures, tandis que, pour l'acide phosphorique, l'augmentation maxima est réalisée au bout de 2 heures avec l'acide cholalique et au bout de 4 heures avec l'ergostérine.

L'excrétion du calcium et de l'acide phosphorique par l'urine est augmentée par l'injection de la fraction alcoolo-soluble et de la fraction insoluble dans l'éther, l'action de cette dernière étant bien moindre.

L'injection d'acide cholalique et d'ergostérine augmente l'excrétion du calcium et de l'acide phosphorique par l'urine, cette augmentation étant bien plus marquée avec l'ergostérine qu'avec l'acide cholalique.

C'est avec la fraction éthéro-soluble que l'on observe l'augmentation maxima du calcium et de l'acide phosphorique du sang et de l'urine. Viennent ensuite, d'après l'intensité de leur action, la fraction alcoolo-soluble, l'ergostérine, l'acide cholalique, la fraction insoluble dans l'éther.

L'enrichissement maximum du sang en calcium et en acide phosphorique est réalisé le plus précocement par l'injection d'acide cholalique, puis par celle des fractions alcoolo-soluble et éthéro-soluble, enfin le plus tardivement par l'ergostérine.

La bilirubine n'exerce pas d'influence sur le taux du calcium et de l'acide phosphorique du sang et de l'urine.

Dans l'ictère expérimental par rétention le taux de l'acide phosphorique du sang s'élève au début de l'ictère pour redevenir peu à peu voisin de la normale.

L'exposition des lapins au soleil fait augmenter un peu le taux du calcium et de l'acide phosphorique du sang; l'injection de bilirubine augmente cette action de la lumière solaire. La bilirubine peut donc agir comme un photosensibilisateur. Les résultats semblent montrer, d'autre part, qu'il existe un stade intermédiaire entre la stérine et l'acide biliaire dans la bile du crapaud.

Les expériences faites chez le chien muni d'une fistule biliaire ont permis de voir que l'excrétion de la bile et des acides biliaires augmente après injection sous-cutanée d'extrait alcoolique de bile de crapaud pendant la période de frai.

P.-L. Marie.

### *ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG*
### *(Dresde)*

**A. Plenczner.** ***Recherches comparatives sur l'hypertension chez les sportifs et les non sportifs*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **30**, n° 21, 1er Novembre 1938, p. 793-803). — P. souligne d'abord la fréquence croissante de l'hypertension juvénile et l'intérêt de son dépistage précoce afin d'en prévenir les effets.

Il s'est demandé si la pratique des sports pouvait être un facteur d'hypertension et quelle conduite on doit adopter en présence d'hypertension (T. mx. supérieure: 14) chez de jeunes sportifs. Il a donc comparé entre eux de nombreux sujets hypertendus pratiquant ou non les sports. Il a vu que la pression systolique et diastolique des sportifs est légèrement moins élevée que celle des non sportifs. Par contre, la différence entre les deux pressions est un peu plus grande chez les sportifs. Chez ces derniers, la capacité vitale est également plus grande, et le chiffre des pulsations légèrement moindre. La présence d'hypertension ne s'oppose aucunement à ce que se produise, chez les sportifs comme chez les non sportifs, une bradycardie sous l'influence du sport, ni à ce que la capacité vitale s'accroisse.

Les résultats radiologiques et les électrocardiogrammes montrent que chez la plupart des hypertendus il existe une prépondérance du cœur gauche dans le sens d'une hypertrophie. Cette conclusion vient à l'appui de l'opinion soutenue depuis longtemps qui veut que cette hypertension juvénile soit bien réelle et ne traduise pas simplement une vaso-névrose ou un trouble neurasthénique, partant négligeable.

Comme l'avenir d'un sujet dépend de l'état de ses artères, il faut se préoccuper de l'hypertension des jeunes. On essaiera d'abord d'élucider sa genèse et on agira selon son origine. Quand il s'agit d'hypertension juvénile, on peut essayer des sports faciles sous contrôle médical sévère. Si la pression ne s'améliore pas ou augmente, il faut interdire tout sport.

P.-L. Marie.

**F. Zothe** (Prague). ***Recherches sur l'action de la strophantine dans les troubles de la circulation périphérique*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **30**, n° 24, 15 Décembre 1938, p. 889-896). — La strophantine occupe une place très spéciale parmi les substances capables d'exercer une action sur les échanges gazeux intimes. Injectée par voie veineuse aux doses thérapeutiques usuelles, elle détermine un accroissement du rendement musculaire diminué du fait des troubles de la vascularisation périphérique.

Z. a mis en évidence cette propriété au moyen de l'épreuve ergométrique de Ratschow chez des malades atteints de troubles circulatoires des membres inférieurs (endartérite oblitérante, artériosclérose avec claudication intermittente, spasmes vasculaires). Il a constaté que, 10 minutes après l'injection de strophantine, la capacité de rendement des muscles des membres inférieurs était nettement augmentée; elle commence à baisser 40 minutes après l'injection, mais reste encore plus élevée le lendemain qu'avant l'injection. Cet heureux résultat doit être mis sur le compte d'un meilleur approvisionnement en oxygène des tissus. Etant donné qu'on doit exclure une modification de la circulation périphérique, la vitesse de circulation restant la même dans les artères des jambes, il faut admettre que la cause de ce meilleur approvisionnement en oxygène réside dans une augmentation de l'utilisation de l'oxygène, ainsi que Klein et Gotsch ont pu le démontrer après l'injection intra-artérielle de strophantine par l'analyse gazométrique du sang du territoire veineux correspondant.

Il résulte de ces constatations: 1° Que la conception d'une modification de l'utilisation de l'oxygène en tant que facteur essentiel de l'action de la strophantine chez les sujets à cœur sain, trouve là un nouvel appui; 2° que des possibilités thérapeutiques nouvelles se présentent en cas de troubles de la circulation périphérique.

Z. établit enfin un parallèle entre l'action de la strophantine et l'entraînement et, se basant sur deux essais faits chez des sujets indemnes de troubles circulatoires, il souligne l'importance éventuelle de l'utilisation de l'action de la strophantine sur la musculature pour obtenir un rendement maximum.

P.-L. Marie.

### *JOURNAL INTERNATIONAL DE CHIRURGIE*
### *(Bruxelles)*

**Allen O. Whipple** (New-York). ***La thérapeutique chirurgicale de l'hyperinsulinisme*** (*Journal international de Chirurgie*, t. **3**, n° 3, Mai-Juin 1938, p. 237-271). — Après une étude d'ensemble des causes et des signes de l'hyperinsulinisme, W. résume en dix propositions son expérience de la thérapeutique chirurgicale de cette affection.

Il est essentiel de faire, une heure avant l'opération, une injection intra-veineuse de 1 litre de glucose à 5 pour 100, laissant, pour le besoin d'une transfusion, l'aiguille dans la veine.

La rachianesthésie cesse parfois trop tôt et W. se prononce maintenant pour l'anesthésie à l'éther.

L'incision doit être transversale, sectionnant les deux grands droits; le pancréas est atteint à travers l'épiploon gastro-colique.

On recherche d'abord les îlots adénomateux vers la queue, à la surface du pancréas, l'incision péritonéale le long du bord inférieur permet la palpation de l'organe. Leur absence constatée, il faut palper la tête après mobilisation du duodénum. Chez quatre malades, l'adénome se trouvait à la face postérieure, près de l'ampoule de Vater, qui dut être ménagée. Les adénomes peuvent être multiples. L'hémostase est possible. Pas de drainage, à moins de blessure des canaux.

En l'absence d'adénome, résection de tout ce qui, du pancréas, est à gauche de l'artère mésentérique. La splénectomie facilite cette résection et permet l'hémostase par la ligature des vaisseaux spléniques se rendant à la queue et au corps du pancréas; une large section des épiploons gastro-colique et gastro-splénique facilite l'ablation en masse. Il faut drainer la loge après ligature du canal pancréatique, les ligatures étant à la soie pour éviter leur digestion. Suture de la paroi à points séparés, suivie de réunion dans tous les cas.

L'expérience de W. porte sur 12 cas. Les bons résultats sont ceux d'ablation d'adénome; la résection reste insuffisante à compenser l'action d'un adénome non reconnu et n'a que de médiocres résultats; il y a donc intérêt à une exploration complète du pancréas bien mobilisé.

Suivent de nombreux tableaux où sont étudiés, à tous points de vue, les cas publiés.

Nous dirons seulement que les cas opérés où une tumeur fut trouvée sont au nombre de 56, dont 43 avec adénome et 13 avec carcinome insulaire ; 5 morts post-opératoires, 5 morts par autres causes, 1 non amélioré, 4 renseignements insuffisants. L'hypoglycémie, recherchée de 1 à 8 ans après l'opération, s'est montrée supprimée dans 41 cas, soit 89 pour 100. Ceux où, en l'absence de tumeur, on fit une résection pancréatique sont au nombre de 34, avec 4 morts post-opératoires, et ont eu pour résultats : 3 cas non suivis, 10 guérisons, 4 améliorations, 13 insuccès. P. Grisel.

**O. T. Bailey** et **E. C. Cutler**. ***Hyperinsulinisme spontané; observation d'un cas avec malformation localisée du pancréas simulant une tumeur et traitement par pancréatectomie subtotale*** (*Journal international de Chirurgie*, t. **3**, n° 3, Mai-Juin 1938, p. 303-331, 10 figures). — Femme de 56 ans, amenée dans le coma au Boston Psychopathic Hospital. Depuis 17 mois, elle est sujette à des attaques survenant surtout le matin, avant le premier repas, qui ont progressivement augmenté de fréquence et de durée et que calment l'absorption d'une tasse de thé sucré et le repos au lit. L'hypoglycémie reconnue est aussitôt recherchée : elle atteint 32 *mg.* pour 100 *cm*³. La malade est émaciée; une injection intra-veineuse de glycose provoque son retour immédiat à la conscience.

Suivent les énumérations des réactions biologiques et des dosages dont elle fait ensuite l'objet et signalons seulement, au point de vue clinique, que ses attaques avaient tous les caractères donnés par Feinier, Soltz et Hann aux attaques de l'hypoglycémie: 1° Troubles paroxystiques de conscience, se terminant par l'inconscience; 2° troubles psychiques paroxystiques; 3° modifications neurologiques objectives, qui chez elle étaient constituées, lors de l'attaque qui motiva son admission, par de la paralysie du bras et de la jambe gauches et des modifications des réflexes indiquant une atteinte de la voie pyramidale, signes qui auraient pu être pris pour ceux d'une hémorragie cérébrale.

Onze jours après l'entrée, la cause de l'hyperinsulinisme est recherchée par laparotomie. Comme on ne sent pas de masse adénomateuse dans le pancréas mobilisé, on décide une pancréatectomie étendue: c'est en libérant la queue, à 5 *cm.* de son extrémité, que l'on constate la présence d'une masse arrondie, dure, voisine de l'artère splénique; son ablation, qui entraîne la résection de la veine splénique, est aisée, car elle se dégage comme d'elle-même après incision du tissu pancréatique. Le pancréas est réséqué sur la moitié de sa longueur (14 *g.* 5 de tissu enlevé), fermeture à la soie de la tranche de section. En raison de la section de la veine splénique, on termine par une splénectomie. Biopsie du foie. Fermeture sans drainage.

Les suites furent bonnes et aux nouvelles, dix mois plus tard, la malade sera trouvée bien portante, sans crises, avec glycémie normale.

Une longue partie du mémoire est consacrée à la description histologique de la tumeur enlevée et à sa comparaison avec les tumeurs semblables déjà connues. Cette tumeur n'était pas indépendante du tissu pancréatique comme on l'aurait cru et, en son centre, il y avait de petits groupes de cellules acineuses avec leur morphologie normale et remplies de grains de zymogène. Mais B. et C. n'admettent pas là des signes d'invasion d'un néoplasme malin; il s'agit d'une lésion scléreuse, régressive; c'est une malformation nodulaire du tissu pancréatique, un hamartome. Pour eux, la tumeur qu'ils viennent de décrire, et qui ressemble à d'autres antérieurement décrites par Semsroth, Nakamura, Smith et Seibel, constitue une véritable entité pathologique. Ils refusent de voir en elle la cause de l'hypoglycémie et l'observation de leur malade est à compter parmi celles d'hyperinsulinisme spontané. Voici leurs raisons: les cas antérieurs semblables ne présentaient pas de signes d'une hypoglycémie qui, d'ailleurs, n'a pas été recherchée; la tumeur qu'ils ont enlevée était quiescente et scléreuse, l'essai biologique d'un de ses fragments n'a donné aucune réaction insulinique et, histologiquement, on n'a pu y rencontrer les granulations caractéristiques des cellules insulaires en activité. C'est à la pancréatectomie qui fut faite qu'il faut attribuer la disparition de l'hypoglycémie, et cela grâce à ce qu'elle fut faite très étendue.

B. et C. appellent encore l'attention sur ce fait curieux qu'en palpant le pancréas, ils purent sentir les corpuscules de Pacini grossis par l'œdème. Warthin, qui a étudié cette lésion, lui attribue la douleur de la pancréatite: elle existait ici sans être douloureuse. Ils terminent en rappelant les cas d'hyperinsulinisme d'apparence spontanée; l'insuccès fréquent de la pancréatectomie, dû à son insuffisance, et pour la technique, donnent des indications qui s'accordent avec celles données par Whipple.

P. Grisel.

## JOURNAL BELGE D'UROLOGIE (Bruxelles)

**Jean Mombaerts**. ***Les théories hormonales de l'hypertrophie prostatique sont prématurées*** (*Journal belge d'Urologie*, t. **11**, n° 5, Octobre 1938, p. 460-476). — Devant les bien maigres résultats obtenus dans l'hypertrophie prostatique par l'emploi de testostérone, M. conclut que l'origine endocrinienne de la maladie est encore loin d'être confirmée.

Les explications par troubles endocriniens satisfont surtout notre besoin d'explications causales. Bien des hypothèses invoquées ne sont pas confirmées, bien des faits sont contradictoires.

Il convient d'observer avec lucidité les effets des injections hormonales, en attendant que des faits nouveaux ou des explications plus positives nous orientent franchement dans un sens ou dans l'autre.

G. Wolfromm.

## ARCHIVOS DE MEDICINA INFANTIL (La Havane)

**Raul Pereiras** et **A. Castellanos** (La Havane). ***Le diagnostic des formes atypiques d'hypertrophie du thymus par le pneumomédiastin antérieur*** (*Archivos de medicina infantil*, vol. **7**, n° 3, 1938, p. 327-379). — La radiographie simple permet le diagnostic d'hypertrophie du thymus lorsqu'il s'agit d'une forme classique mais elle est souvent incapable de déceler les formes atypiques qui se révèlent par des ombres médiastinales difficiles à interpréter et pouvant être attribuées à des adénopathies, à des tumeurs, etc. Ils existe, en particulier, selon P. et C., une forme vasculaire de l'hypertrophie du thymus, dont le diagnostic ne peut être établi par un cliché ordinaire parce que les lobes thymiques s'enfoncent dans le pédicule vasculaire et sont masqués par l'ombre sterno-vertébrale.

Cette constatation a incité P. et C. à utiliser la méthode de Conderelli et à réaliser *un pneumomédiastin antérieur artificiel* au moyen de l'injection d'un gaz d'air ou d'oxygène. Ils ont été les premiers à effectuer chez l'enfant ce pneumomédiastin, qui selon eux est absolument inoffensif, même pendant les premiers mois de la vie.

Le pneumomédiastin antérieur artificiel a été réalisé par P. et C., suivant une technique qu'ils décrivent en détail et au moyen d'un insufflateur à pneumothorax artificiel. Il constituerait une méthode sûre pour le dépistage des ombres médiastiniques atypiques dues à l'hypertrophie du thymus et serait l'unique moyen de déceler les thymus vasculaires occultes. G. Schreiber.

## BRITISH JOURNAL OF RADIOLOGY (Londres)

**J. Read** et **J. C. Mottram**. ***La « concentration de tolérance » du radon dans l'atmosphère*** (*British Journal of Radiology*, t. **12**, n° 133, Janvier 1939, p. 54-60). — Les travailleurs appelés à manipuler le radium sont exposés à respirer de l'air renfermant du radon, et présentent, plus souvent que ceux qui s'occupent de rayons X, de la leucopénie, de sorte qu'il semble que l'on puisse invoquer le rôle du radon comme jouant une part importante dans l'apparition de cette altération sanguine. R. et M., à l'appui de cette thèse, apportent les résultats d'observations faites sur différents sujets appelés à manipuler du radium.

Ils exposent les recherches qu'ils ont poursuivies sur la « concentration de tolérance » et les effets qui résultent de l'inhalation de radon.

Ils ont également analysé l'air des laboratoires employant du radium, en vue d'en mesurer le contenu en radon, et ont étudié expérimentalement l'action de cette atmosphère polluée sur les souris. Tableaux et courbes résument les observations recueillies qui les ont conduits à considérer que la « concentration de tolérance » peut être évaluée à $10^{-11}$ curies par centimètre cube.

De ces recherches, ils tirent les conclusions suivantes. 1° Il importe: de veiller à ce que, grâce à une ventilation efficace, la teneur en radon de l'atmosphère d'un laboratoire où se manipule le radium soit inférieure à $10^{-12}$ curies par centimètre cube; de contrôler régulièrement cette teneur.

2° Il faut réaliser la ventilation des coffres-forts où est conservé le radium à l'aide de ventilateurs rejetant l'air pollué hors de l'immeuble grâce à une canalisation *ad hoc*, et, au cas où la ventilation continue serait irréalisable, il convient de la faire fonctionner pendant au moins une minute avant l'ouverture du coffre. Morel Kahn.

## LA RIFORMA MEDICA (Naples)

**G. Cavina** (Florence). ***Le hoquet en chirurgie et son traitement par les inhalations d'anhydride carbonique*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 20, 21 Mai 1938, p. 767-770). — Comme Kremer l'a montré, le hoquet post-opératoire s'ob-

serve presque exclusivement chez les hommes; il est surtout fréquent entre 50 et 60 ans ; il peut survenir après une simple anesthésie générale; le protoxyde d'azote est de tous les anesthésiques celui qui prédispose le plus au hoquet ; le hoquet succède avant tout aux opérations sur la partie haute de l'abdomen (estomac, voies biliaires, pancréas, côlon), mais on l'a signalé après des interventions sur les ovaires, les voies urinaires et la prostate ou des thoracoplasties. De nombreux traitements ont été proposés pour le hoquet post-opératoire (le hoquet symptomatique des péritonites étant évidemment exclu); C. donne la préférence à la méthode de Sheldon qui consiste à faire inhaler à l'opéré un peu de carbogène ; depuis deux ans, cette méthode ne lui a donné aucun échec; quelques inhalations suffisent en général pour couper le hoquet comme par enchantement; si le hoquet reparaissait, de nouvelles inhalations le feraient disparaître définitivement.

Lucien Rouquès.

**G. Perrotti** (Malte). ***Action de la sympathectomie lombaire sur le facteur vaso-spasmodique dans l'endoartérite oblitérante juvénile étudié par l'artériographie*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 25, 25 Juin 1938, p. 973-978). — Le mode d'action de la sympathectomie lombaire dans l'artérite juvénile est encore discuté; certains pensent qu'elle agit en supprimant le spasme vasculaire, d'autres comme Telford estiment qu'elle n'intervient qu'en favorisant le développement de la circulation collatérale. P. a cherché à résoudre ce problème par l'artériographie ; un sujet de 25 ans présente une artérite oblitérante gauche avec ulcération du petit orteil et douleurs atroces ; la substance de contraste injectée dans l'artère fémorale s'arrête brusquement dans les vaisseaux de la jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur; une sympathectomie lombaire gauche donne un résultat clinique excellent : disparition des douleurs, cicatrisation de l'ulcération, réchauffement du pied, réapparition des battements à la pédieuse ; une seconde artériographie est faite vingt-quatre jours après l'opération et montre que tous les vaisseaux y compris les artères plantaires sont perméables et que les collatérales paraissent peu développées.

La résection du sympathique lombaire peut donc supprimer le spasme des vaisseaux du membre inférieur correspondant; il est probable que si on la pratiquait au début de la maladie, lorsqu'il n'y a que des troubles fonctionnels sans oblitération, on pourrait obtenir une véritable guérison.

Lucien Rouquès.

**L. Malcangi** (Naples). ***L'importance des globulines dans le déterminisme de la réaction de Wassermann*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 26, 2 Juillet 1938, p. 1010-1011). — Le rôle des globulines dans le mécanisme de la réaction de Wassermann a été diversement conçu; Auguste, en particulier, a soutenu en 1934 qu'une fraction des globulines avait une action inhibitrice; les recherches de M. ne confirment pas cette assertion; il a fait avec 260 sérums des réactions de Wassermann classiques, des réactions de Kahn et des réactions de Wassermann sur une solution pure des globulines sériques précipitées par l'anhydride carbonique (suivant la technique de Piettre); les résultats sont très nettement en faveur de la réaction effectuée sur les globulines, aussi bien en ce qui concerne la spécificité que la sensibilité : par exemple, chez 80 sujets certainement syphilitiques, la réaction de Wassermann classique a été positive dans 58 pour 100 des cas. la réaction de Kahn dans 71 pour 100, la réaction de Wassermann sur les globulines dans 96,4 pour 100.

Lucien Rouquès.

**M. Petacci** (Monza). ***Splénomégalie avec cirrhose hépatique ; splénectomie ; successions morbides et résultats lointains*** (*La Riforma medica*, t. **54**, n° 36, 10 Septembre 1938, p. 1375-1378). — Un sujet de 25 ans a depuis un an des troubles digestifs; on lui trouve une rate dépassant l'ombilic, diminuant de volume sous l'influence de l'adrénaline ; le bord inférieur du foie, arrondi, dur, indolore, est à peine palpable; il n'y a pas de ganglions et l'examen de sang donne des résultats à peu près normaux. La splénectomie est faite non sans difficultés en raison d'adhérences importantes au diaphragme; la rate pèse 1.080 *g.*; sa capsule est un peu épaissie avec de grosses travées qui pénètrent dans le parenchyme; le stroma est hypertrophié; beaucoup de follicules sont fibreux; il n'y a qu'une légère sclérose des parois vasculaires; les éléments de la pulpe sont augmentés; les éléments du sang sont relativement rares; on note de nombreux nodules de Gamna, les uns au début, les autres de taille gigantesque. Le malade est très amélioré par la splénectomie, mais six mois plus tard, il présente un phlegmon du plancher de la bouche d'origine dentaire nécessitant la trachéotomie et dont la gravité est attribuée par P. au terrain du malade plus qu'à la virulence des germes. Trois ans après la splénectomie, le malade revient à l'hôpital pour des douleurs et un syndrome abdominal aigu : on lui trouve un gros foie manifestement cirrhotique avec une masse de consistance kystique qui augmente rapidement de volume. L'intervention montre que cette masse est d'origine vésiculaire et qu'il n'y a pas de calculs; on fait une cholécystostomie et on maintient le drainage des voies biliaires pendant quinze jours; les douleurs disparaissent et le malade revu au bout de neuf mois, continue à bien se porter. Le foie, lors de la deuxième intervention abdominale, était manifestement plus gros et plus cirrhotique que lors de la première; une biopsie hépatique faite au cours de la cholécystostomie a montré une image typique de cirrhose veineuse. La cholécystite paraît la conséquence de l'extension à la vésicule du processus de péri-hépatite.

Lucien Rouquès.

## *IL POLICLINICO [Sezione pratica]* *(Rome)*

**A. Alessandrini** (Rome). ***Recherches sur l'extrait bactérien précipitant de Krumwiede et Nobel*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 19, 9 Mai 1938, p. 893-899). — Krumwiede et Nobel ont décrit une technique de préparation d'extraits de pneumocoques qui donnent avec les sérums spécifiques une réaction de précipitation (émulsion de la culture dans l'antiformine, ébullition, neutralisation à l'acide chlorhydrique jusqu'à pH 8,3, addition d'alcool à 95°, reprise du précipité par l'eau physiologique); ils ont fait également quelques tentatives analogues pour le diagnostic rapide de la diphtérie en partant des fausses membranes, mais ont constaté que la méthode des extraits précipitants ne pouvait pas être appliquée à tous les germes et en particulier aux microbes acido-résistants.

A. a constaté que cette méthode donnait de bons résultats pour les bacilles typhiques et paratyphiques; les extraits précipitants auxquels on superpose des anti-sérums agglutinants spécifiques donnent une réaction zonale très nette; pour les colibacilles, la réaction n'est positive qu'avec les sérums qui agglutinent les échantillons qui ont servi à préparer les extraits; par contre, les tentatives de A. ont abouti à un échec complet pour les brucella. La méthode de Krumwiede et Nobel est à retenir en pratique, car les extraits sont faciles à préparer, se conservent longtemps à la température ordinaire et donnent avec les sérums correspondants des réactions très sensibles et très spécifiques.

Lucien Rouquès.

**G. Ghisio** (Vercelli). ***La réaction verte de l'urine dans la spirochétose*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 20, 16 Mai 1938, p. 937-938). — G. a recherché dans une dizaine de cas d'ictères spirochétosiques la réaction verte signalée par Fagniez et l'a trouvée dans 4 cas; on sait que si l'on ajoute aux urines ictériques de certains malades atteints de spirochétose quelques gouttes d'acide acétique et qu'on chauffe, une coloration verte intense apparaît; G. a obtenu la réaction également avec diverses substances oxydantes : acides chlorhydrique et azotique, teinture d'iode, cristaux de permanganate de potasse; la coloration verte dans certains cas apparaît même sans chauffage. Si les urines sont traitées par le noir animal qui retient les pigments biliaires, la réaction verte ne se produit plus; elle paraît donc liée aux pigments biliaires qui seraient plus facilement oxydables que normalement; mais elle n'existe pas pendant toute la période d'élimination des pigments; dans un des cas de G., elle a été positive pendant 15 jours, mais dans les trois autres pendant 2 ou 3 jours seulement. G. n'a jamais trouvé la réaction verte en dehors de la spirochétose; elle a donc une certaine valeur pour le diagnostic et doit inciter à faire pratiquer un séro-diagnostic.

Lucien Rouquès.

**G. Chiorazzo et G. Caletti** (Padoue). ***La photo-sensibilisation par les substances acridiniques*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 21, 23 Mai 1938, p. 981-991). — C. et C. ont poursuivi leurs recherches sur une vingtaine de sujets atteints d'affections variées mais ayant un état général assez bon et des émonctoires fonctionnant normalement; ces sujets recevaient en injections intraveineuses de la trypaflavine à 2 pour 100, les uns 10 *cm*³, les autres 5 *cm*³, plusieurs jours de suite et une ou deux fois par jour; dans une première série d'expériences, les sujets furent soumis deux heures après les injections aux radiations d'une lampe de quartz dans des conditions de durée et de distance telles qu'un sujet normal n'eût pas présenté le moindre érythème; seuls, quelques sujets réagirent par un léger érythème des parties découvertes, prédominant sur le visage; de nouvelles injections de trypaflavine n'augmentèrent pas ce léger degré de photo-sensibilité. Dans une deuxième série d'expériences, les sujets furent soumis à des radiations plus intenses et plus longues, capables de déterminer d'une façon inconstante des manifestations cutanées légères chez des personnes normales n'ayant pas reçu de trypaflavine; tous les sujets présentèrent quelques signes de photo-sensibilité : érythème précoce et d'intensité marquée dans les parties les plus directement exposées aux rayons ultra-violets avec pigmentation consécutive; mais chez aucun, on ne constata de signes généraux, d'érythème à distance, bref de manifestations assez accusées pour être rapprochées du coup de lumière acridinique. Certains sujets furent soumis simultanément aux radiations d'une lampe de quartz et d'une lampe émettant surtout des rayons caloriques; l'érythème fut seulement un peu plus marqué comme chez les témoins.

L'échec de ces tentatives prouve que dans la photo-sensibilisation acridinique un facteur individuel doit entrer en jeu à côté de la substance photosensibilisante et des radiations lumineuses.

Lucien Rouquès.

**G. Ricci** (Rome). ***Empoisonnement familial par des vapeurs de mercure*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. **45**, n° 27, 4 Juillet 1938, p. 1263-1270). — Un ramasseur fait fondre dans son logement des


VICHY
ETAT

débris métalliques auxquels il joint des fragments lourds et grisâtres qui ont été identifiés ensuite au cinabre ou sulfure de mercure; il est étonné de voir des reflets métalliques apparaître sur des objets voisins du fourneau; dans la nuit, il a une sensation d'oppression, des quintes de toux avec une expectoration séreuse peu abondante; le troisième jour, il remarque que ses urines deviennent rares et de couleur rouge foncé et une stomatite apparaît; on constate à ce moment un tremblement très menu des extrémités; les urines sont rares avec des traces indosables d'albumine, quelques cylindres granuleux et de très rares hématies; l'urée urinaire est de 18 *g.* par litre; le lendemain, les hématies sont nombreuses dans l'urine; 12 jours après l'intoxication, l'azotémie est de 0 *g.* 69; peu à peu, tous les symptômes régressent. La femme du malade présente, dans la nuit suivant la fonte du cinabre, des douleurs thoraciques et abdominales; le surlendemain, après une purge, apparaît une diarrhée muco-sanguinolente profuse; une stomatite se déclare ensuite et les urines, un peu diminuées, contiennent des traces indosables d'albumine sans cylindres ni hématies; la guérison est rapide. Les trois enfants présentent une stomatite et deux d'entre eux des traces d'albumine avec quelques hématies dans les urines.

Lucien Rouquès.

### *ANNALI DELL'ISTITUTO CARLO FORLANINI (Rome)*

**V. Agnello** (Rome). ***L'activité respiratoire thoracique définitive après thoracoplastie antéro-latérale élastique*** (*Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 5-6, Mai-Juin 1938, p. 317-331). — A. a examiné pneumographiquement 34 sujets ayant subi depuis au moins un an et parfois cinq une thoracoplastie antéro-latérale élastique. La limitation des mouvements est évidente après les opérations partielles au niveau de la paroi antérieure si les 3 premières côtes ont été réséquées, à celui de la paroi latérale et à un moindre degré de la paroi antérieure si on a fait une phrénico-exérèse et réséqué les côtes de la 4[e] à la 7[e]; après les thoracoplasties totales, les mouvements sont limités sur toute l'étendue des parois latérale et antérieure; la limitation est surtout nette à l'occasion des efforts, les mouvements respiratoires augmentant de 1 à 4 du côté sain et de 1 à 2 du côté malade. On sait qu'à l'état normal les mouvements respiratoires n'ont pas la même amplitude aux divers points d'un hémithorax; chez les opérés, les différences régionales deviennent minimes par suite de la réduction de l'amplitude des mouvements dans les zones autrefois les plus mobiles; le fait est particulièrement net chez les malades opérés par voie axillaire. Les mouvements respiratoires peuvent également avoir un type anormal et cela surtout dans la période immédiatement consécutive à l'opération; ces anomalies persistent parfois pendant des années chez les sujets opérés par la voie antérieure; elles sont assez variées: inversion du rythme respiratoire, respiration en quatre temps, etc...; on les observe dans des territoires limités en général sous-claviculaires, exceptionnellement et seulement à l'occasion de la respiration forcée le long de la paroi latérale.

Lucien Rouquès.

**C. Gambirasio** (Vialba). ***L'oxalurie et l'oxalémie et leurs rapports dans la tuberculose pulmonaire*** (*Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 5-6, Mai-Juin 1938, p. 375-384). — D'une étude portant sur 50 sujets atteints de tuberculose pulmonaire à des stades divers, G. conclut que l'oxalémie et l'oxalurie ont chez eux une évolution parallèle, augmentant simultanément. Chez les tuberculeux ayant des lésions pulmonaires légères, apyrétiques, en bonne condition générale, le taux de l'acide oxalique dans le sang et les urines est normal ou ne dépasse que légèrement la normale; le taux est nettement augmenté dans les formes circonscrites, subactives et fébriles; il l'est fortement chez les tuberculeux ayant avec un mauvais état général des lésions étendues, évolutives et fébriles. La constatation chez un tuberculeux de l'hyperoxalémie, signe d'un trouble de la nutrition générale, est un indice à retenir pour le pronostic.

Lucien Rouquès.

**V. Agnello** (Rome). ***L'influence du pneumopéritoine sur l'électrocardiogramme*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 7-8, Juillet-Août 1938, p. 437-445). — A. a pratiqué un électrocardiogramme avant et aussitôt après l'institution d'un pneumopéritoine chez 20 tuberculeux pulmonaires; 5 avaient déjà un pneumothorax unilatéral, 3 un pneumothorax bilatéral, 7 avaient subi une phrénico-exérèse ou une thoracoplastie antéro-latérale élastique et le pneumo-péritoine fut fait pour lutter contre une tuberculose intestinale ou des troubles gastro-intestinaux ou pour remédier à un déséquilibre entre l'abdomen et le thorax; dans les 5 derniers cas, le pneumopéritoine fut pratiqué comme temps préparatoire d'une thoracoplastie antéro-latérale. Immédiatement après l'institution du pneumopéritoine (injection de 300 $cm^3$ d'oxygène), chaque complexe auriculo-ventriculaire augmente d'un dixième de seconde, augmentation qui porte surtout sur l'espace T. P. et qui est à mettre sur le compte de l'excitation vagale. L'onde R. s'accentue en $D_1$ et $D_2$ et parfois en $D_3$; elle diminue plus rarement, la diminution étant moins rare en $D_1$ et en $D_2$ qu'en $D_3$. L'examen des 3 dérivations montre presque toujours une déviation nette de l'axe électrique vers la gauche en rapport avec le déplacement du cœur dans le sens horizontal avec rotation autour de son axe, cela surtout dans les cas où l'hémidiaphragme gauche paralysé par une phrénico-exérèse antérieure présente une forte élévation. L'onde S s'accentue en général, principalement en $D_2$ et $D_3$; les rapports de S dans les trois dérivations confirment l'existence d'une déviation vers la gauche de l'axe électrique. L'onde T. s'accentue dans les trois dérivations et lorsqu'elle était négative avant la création du pneumopéritoine, elle tend à devenir ou devient positive. Les ondes P. et Q., les espaces P-Q, Q-R-S. et S-T ne présentent pas de modifications sensibles.

Lucien Rouquès.

**V. Agnello** (Rome). ***Recherches électrocardiographiques dans les déplacements du médiastin au cours du pneumothorax artificiel*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 7-8, juillet-août 1938, p. 461-482). — L'étude d'A. porte sur 27 cas de pneumothorax: 14 droits avec déviation du médiastin vers la gauche, 8 gauches avec déviation vers la droite, 5 bilatéraux avec médiastin en place; dans tous les cas, que le médiastin soit dévié à droite, à gauche ou non, on note une prédominance ventriculaire droite qui dépend de l'hyperfonctionnement du ventricule droit plus que des modifications de la position du cœur. Dans certains cas, R. est bas, ce qui traduit l'intoxication tuberculinique du myocarde: dans les autres, R. est exagéré (hyperexcitabilité myocardique). L'onde P. est parfois plus développée que normalement (hypertrophie atriale), mais, dans certains cas de pneumothorax gauche, elle peut être aplatie (compression des parois atriales ou de l'artère du nœud du sinus). L'onde Q manque fréquemment en $D_1$ dans les pneumothorax droits, en $D_3$ dans les pneumothorax gauches. S. est toujours absente en $D_1$ dans les pneumothorax gauches et plus ou moins développée dans les pneumothorax droits. T. est assez développée dans tous les cas et toutes les dérivations, ce qui tend à confirmer l'augmentation du travail du cœur. Les espaces P-R., Q-R-S. et S-T ne présentent que des modifications légères et inconstantes. Dans l'ensemble, l'appareil cardio-vasculaire supporte bien le pneumothorax, même compliqué de déviation médiastinale.

Lucien Rouquès.

### *LA CLINICA (Bologne)*

**M. Romano** (Palerme). ***Les modifications produites par la rachianesthésie sur la crase sanguine portale et périphérique; leurs rapports avec les thromboses et les embolies post-opératoires*** (*La Clinica*, t. 4, n° 5, Mai 1938, p. 415-429). — R. a étudié les modifications du sang portal consécutives à la rachianesthésie chez le chien; celle-ci est facilement pratiquée au moyen d'une petite incision des parties molles et il est inutile de faire comme on l'a conseillé une laminectomie; après la rachianesthésie, les faibles différences qui existent normalement entre le sang périphérique et le sang portal s'accentuent; le fibrinogène augmente nettement dans le sang portal ainsi que la vitesse de sédimentation, tandis que la réserve alcaline et le temps de coagulation y diminuent. Ces modifications sont celles que Havlicek considère comme favorisant la thrombose; mais il ne semble pas à craindre que la rachi-anesthésie prédispose à celle-ci, car un mécanisme d'autorégulation empêche le mélange du sang portal et du sang périphérique: à l'état normal, la pression dans le système porte est légèrement supérieure à celle du système veineux périphérique; après rachianesthésie, la pression diminue beaucoup plus dans le système porte que dans les veines périphériques.

Lucien Rouquès.

**G. Chiorazzo** (Padoue). ***Recherches sur l'action hypoglycémiante du chlorure de sodium*** (*La Clinica*, t. 4, n° 6, Juin 1938, p. 510-521). — C. a étudié chez 24 sujets diabétiques ou non les modifications de la glycémie après l'ingestion de 20 *g.* de chlorure de sodium ou l'injection intraveineuse de 20 $cm^3$ d'une solution à 20 pour 100 de chlorure de sodium; il a noté constamment une baisse de la glycémie qui est maxima de une à deux heures après la prise ou l'injection de sel; la baisse est plus accusée chez les diabétiques que chez les non diabétiques, étant en moyenne de 25 pour 100 dans le premier cas et de 15 pour 100 dans le second. Deux heures et demie après l'introduction du sel dans l'organisme, la glycémie est revenue au chiffre normal chez les sujets sains, mais l'hypoglycémie persiste encore chez les diabétiques. Chez les sujets hyperchlorhydriques, qu'ils soient ou non diabétiques, l'hypoglycémie après ingestion de sel est plus intense que chez les normo- ou les hypo-chlorhydriques et plus précoce que chez les hypochlorhydriques.

Le mécanisme de l'hypoglycémie par le sel est complexe et reste assez obscur; pour l'hypoglycémie après injection intraveineuse, la concentration de la solution a une importance capitale, car seules, les solutions hypertoniques sont hypoglycémiantes; pour l'hypoglycémie après ingestion, il faut faire intervenir un réflexe vago-vagal, l'excitation de la muqueuse gastrique par une solution saline fortement concentrée ayant pour conséquence un état temporaire d'hyper-insulinisme par excitation de la fonction endocrine du pancréas. Il est probable que l'association du chlorure de sodium à l'insuline permettrait de réduire les doses nécessaires de celle-ci chez les diabétiques.

Lucien Rouquès.

### LA CLINICA MEDICA ITALIANA
### (Milan)

**P. Pattarin** (Milan). ***L'ostéochondromatose articulaire*** (*La clinica medica italiana*, an. **79**, n° 7-8, Juillet-Août 1938, p. 521-536). — P. rapporte un cas d'ostéochondromatose du genou survenue après une chute ayant provoqué une hémarthrose de résorption très lente. Le traumatisme n'est pas seul à envisager dans l'étiologie de l'affection, mais il peut provoquer une synovite hyperplasique capable de modifier les échanges au niveau de la synoviale et par suite de permettre l'installation d'un équilibre humoral anormal. Les épanchements traumatiques déterminent la déviation du pH articulaire vers l'acidité; or, quand le pH est acide dans une articulation, les épanchements s'y résorbent mal et il se produit un processus de prolifération analogue à celui des arthrites déformantes; l'acidité du pH articulaire est un fait démontré dans l'ostéochondromatose. Le traumatisme peut modifier le chimisme articulaire dans cette maladie soit directement en lésant la synoviale, soit indirectement par l'épanchement qu'il entraîne. La conséquence de ces modifications chimiques est la précipitation de substance cartilagineuse hyaline autour des cellules synoviales transformées en cellules myxoïdes; d'après une autre conception, les perturbations de l'équilibre humoral local déclencheraient la métaplasie ostéo-cartilagineuse d'une prolifération réticulo-histiocytaire.

Lucien Rouquès.

### GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
### (Milan)

**A. Ferrata** et **A. Fieschi**. ***Considérations sur l'opérabilité des leucémies (splénectomie)*** [*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 21, 22 Mai 1938, p. 531-534]. — F. et F. ont fait enlever la rate de 3 malades atteints de leucémie chronique. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme atteint de leucémie myéloïde avec leucocytose modérée (31.000), n'ayant que peu de myélocytes et de métamyélocytes (7 pour 100), dont le foie était normal et qui n'avait jamais subi d'irradiations; l'intervention fut bien supportée, mais le chiffre des leucocytes ne tarda pas à s'élever et la radiothérapie dut être entreprise; le malade décéda un an après avec des manifestations hémorragiques. Dans le deuxième cas, la splénectomie fut faite chez une jeune fille atteinte de leucémie lymphatique pour un état d'anémie grave; très vite, le nombre des hématies passa de 1 à 4 millions, mais la formule blanche ne se modifia pas sensiblement; la malade mourut un an plus tard de méningite. La troisième observation est celle d'une jeune femme atteinte de leucémie myéloïde que la radiothérapie avait beaucoup améliorée; mais la rate restant grosse et la moelle sternale étant pauvre en éléments cellulaires, donc différente de ce qu'elle est habituellement, la splénectomie fut essayée; elle fut suivie d'une leucopénie aiguë (2.000 leucocytes) qui s'atténua peu à peu; 14 mois après l'opération, la malade a 10.000 globules blancs par millimètre cube avec une formule presque normale sans éléments immatures.

La splénectomie ne peut avoir éventuellement d'action sur une leucémie que lorsqu'elle est faite précocement; on doit la faire précéder par un traitement radiothérapique poursuivi jusqu'à complète rémission des symptômes. Des indications occasionnelles de la splénectomie sont constituées par : 1° l'association exceptionnelle à l'ictère hémolytique; 2° le peu d'importance de l'infiltration leucémique dans la moelle osseuse; 3° l'existence d'un syndrome hémorragique thrombopénique du type spléno-inhibiteur et non du type médullaire. En pratique, les malades se présentent à l'hôpital à un stade trop avancé pour que la splénectomie soit souvent à envisager.

Lucien Rouquès.

**G. Dominici** (Cagliari). ***Considérations et remarques sur quelques processus pathologiques (infiltrés ou non) simulant l'infiltrat tuberculeux d'Assmann-Redeker*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 23, 5 Juin 1938, p. 587-594). — L'infiltrat tuberculeux d'Assmann-Redeker est d'un diagnostic difficile; l'image radiologique ne suffit pas pour l'identifier et un examen complet est nécessaire; parmi les affections qui peuvent le simuler, on doit citer certaines pneumonies et bronchopneumonies anormales, certaines réactions post-hémoptoïques, certains infarctus pulmonaires dont l'aspect est modifié par la pleurite associée, certaines images d'atélectasie, certaines images de début des abcès amibiens, certaines manifestations pulmonaires de la bilharziose ou de la psittacose, certaines pleurésies interlobaires partielles et peu abondantes; quant aux infiltrats fugaces éosinophiliques de Löffler, ils semblent correspondre à des faits variés: pneumonies et bronchopneumonies atypiques, atélectasies localisées en rapport avec un processus pulmonaire, bronchique ou ganglionnaire, infiltrations tuberculeuses périfocales à régression rapide, infiltrations œdémateuses circonscrites relevant d'un état d'hypersensibilité non tuberculeuse.

Lucien Rouquès.

**O. Bonazzi** et **A. Rizzo** (Bologne). ***Sur deux cas de sclérose en plaques guéris par la cure diacéphalo-rachidienne*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 25, 19 Juin 1938, p. 643-650). — B. et R. rapportent les observations de 7 malades atteints de sclérose en plaques traités par la méthode de l'autohémo-névraxo-thérapie de Boschi; cette méthode consiste essentiellement à déterminer une méningite aseptique dans le but d'exercer une révulsion méningée et d'ouvrir la barrière hémato-méningée. On pratique une ponction lombaire, on retire une dizaine de $cm^3$ de liquide et on injecte dans la cavité arachnoïdienne 2 $cm^3$ d'eau distillée; quand la réaction méningée aseptique débute, en général au bout de 4 ou 5 heures, c'est-à-dire au moment où la barrière méningée est probablement ouverte, on a recours, en l'absence de germe connu de la sclérose en plaques, à l'autohémothérapie intramusculaire faite suivant une technique spéciale (injection de sang dilué à 6 reprises au centième dans la glycérine); le lendemain et le surlendemain, on injecte à nouveau du sang dilué; quinze jours plus tard, on recommence l'injection intrarachidienne et l'autohémothérapie; on fait ensuite une troisième, puis une quatrième ponction lombaire, augmentant à chacune d'un $cm^3$ la quantité d'eau distillée injectée et en associant toujours à la ponction lombaire l'autohémothérapie. Actuellement, Boschi tend à espacer les ponctions et à ne faire la quatrième qu'assez exceptionnellement.

La méthode de Boschi a donné chez les malades de B. et R. d'excellents résultats puisque la guérison est pratiquement complète; il ne semble pas d'après B. et R. qu'on puisse attribuer cette guérison à une rémission spontanée et le rôle du traitement leur paraît indiscutable.

Lucien Rouquès.

**M. Savarese-Serra** (Pise). ***Recherches expérimentales sur l'action du glucose dans l'empoisonnement aigu par le sublimé corrosif*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 26, 10 Juillet 1938, p. 723-729). — Après avoir déterminé la dose minima mortelle de sublimé par voie gastrique chez le lapin, S. a recherché si les injections intraveineuses de glucose à 25 pour 100, faites peu après l'administration du sublimé, avaient une action protectrice; il conclut de ses expériences, à la vérité peu nombreuses, que les doses faibles (2 $cm^3$ par kilogramme deux fois par jour) n'ont pas d'effet utile net et que les doses fortes (10 $cm^3$ par injection) sont sans doute nuisibles, les animaux succombant avec une quantité de sublimé inférieure à la dose minima mortelle; le dosage du mercure dans l'urine montre que les injections de glucose ne favorisent pas son élimination urinaire. Si on ajoute au sublimé une solution sucrée contenant 12 à 14 fois plus de glucose que de sublimé, on constate que les animaux ne survivent pas plus longtemps et n'éliminent pas plus de mercure par leurs urines que les témoins. Le glucose n'est donc pas un contre-poison du sublimé; il n'est à conseiller chez l'homme qu'après lavage d'estomac et administration des antidotes (acide sulfhydrique, sulfures); des injections intraveineuses quotidiennes de 30 à 50 $cm^3$ de solution à 25 pour 100 peuvent avoir une action utile en favorisant la diurèse.

Lucien Rouquès.

**F. Amelio** (Naples). ***Leucémie et tuberculose*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 33, 14 Août 1938, p. 834-842). — Après avoir rappelé les principaux travaux sur les rapports des leucémies et de la tuberculose, A. rapporte trois observations personnelles. Un homme de 34 ans atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale traitée sans résultats par un pneumothorax puis un oléothorax est envoyé dans un sanatorium; sa formule sanguine étant normale, on lui fait deux injections de chrysalbine; 24 heures après la seconde, une poussée fébrile se déclare avec hémoptysie, purpura, épistaxis et hématurie; tout rentre vite dans l'ordre, mais deux ou trois semaines plus tard apparaissent des adénopathies; l'examen de sang montre 2.000.000 globules rouges et 73.000 globules blancs (poly. neutrophiles : 16, monocytes : 6, lymphocytes : 6,3, lymphoblastes : 4, histioblastes : 1 pour 100); la biopsie d'un ganglion indique que la structure normale est remplacée par une nappe uniforme de cellules lymphatiques embryonnaires; on ne note pas de signes histologiques de tuberculose et on ne décèle pas de bacilles à l'examen direct, mais l'inoculation d'un fragment du ganglion tuberculise le cobaye. Peu à peu les adénopathies grossissent; des signes de compression médiastinale apparaissent; un nouvel examen de sang donne : 1.500.000 globules rouges, 175.000 globules blancs (poly. neutrophiles : 5, lymphocytes : 48, monocytes : 4, lymphoblastes : 38, hémocytoblastes : 3, histioblastes : 2 pour 100). Le malade succombe aux progrès de la tuberculose qui prend une forme ulcéro-caséeuse extensive, moins de trois mois après le début des adénopathies.

La deuxième observation est celle d'une femme de 43 ans atteinte de leucémie myéloïde qui, au cours d'un traitement radiothérapique, présenta une tuberculose miliaire qui amena rapidement la mort sans modifier sensiblement les signes de la leucémie. La troisième observation est celle d'une femme de 36 ans, cavitaire bilatérale, qui, au cours d'une granulie terminale, présenta une splénomégalie à développement rapide, quelques adénopathies, du purpura, des signes d'anémie intense et 52,000 leucocytes (poly. neutrophiles : 20, lymphocytes : 30; monocytes : 25, monoblastes : 25 pour 100); il semble qu'il se soit agi d'une véritable leucémie aiguë et non d'une mononucléose leucémoïde infectieuse.

Lucien Rouquès.

**A. Bertola** et **R. Traverso** (Pavie). ***Sur l'augmentation de la diurèse produite par les composés mercuriels après administration de glucose*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **59**, n° 38, 18 Septembre 1938, p. 945-950). — Pelle-

grini a montré que l'administration d'une forte quantité de glucose (100 à 200 *g.*) aussitôt après l'injection d'un diurétique mercuriel provoquait une polyurie beaucoup plus accusée que celle que produit le diurétique mercuriel employé seul ou associé aux chlorures de calcium ou d'ammonium. B. et T. ont étudié chez 18 malades œdémateux (affections cardiaques, cirrhoses, ascite par compression cave) les éliminations urinaires après injection d'un mercuriel seul et associé au glucose, puis au chlorure de calcium. L'augmentation de l'élimination urinaire de l'urée et des chlorures sous l'influence des mercuriels aidés par le glucose et le chlorure de calcium correspond à l'augmentation de ces substances dans le sang; l'élimination urinaire est d'autant plus accrue que l'hydrémie s'élève plus. Les dosages semblent démontrer que le glucose et à un moindre degré le chlorure de calcium ont une action extrarénale; dans un premier temps, ils exercent une action directe sur les tissus; dans un second temps, l'eau accumulée dans les tissus se mobilise, mobilisation qui précède et accompagne la polyurie; les chlorures et l'urée accompagnent l'eau des tissus vers le sang; la polyurie est essentiellement liée aux reins, siège direct et principal de l'action des mercuriels. Le glucose et les mercuriels agissent dans le même sens mais pas sur le même terrain; le premier, agissant sur les tissus, mobilise l'eau qui se présente aux reins en quantité accrue, le mercure agissant sur les reins.

La meilleure indication des diurétiques mercuriels est fournie par les œdèmes cardiaques avec rétention chlorurée notable ; le glucose se montre dans ce cas un adjuvant presque toujours efficace. Les diurétiques mercuriels agissent moins sur les œdèmes et les épanchements des cirrhotiques; il faut en effet, selon toute vraisemblance, que le foie fonctionne normalement pour qu'une mobilisation rapide et importante des échanges hydriques se produise.

Lucien Rouquès.

### GIÒRNALE MEDICO DELL'ALTO ADIGE
### (Bolzano)

**S. Soprana** (Padoue). ***Contribution à l'étude radiologique des hernies diaphragmatiques*** (*Giornale medico dell'Alto Adige*, t. **10**, n° 6, Juin 1938, p. 307-340). — Dans les hernies diaphragmatiques latérales droites, on peut voir, dans les cas favorables, des zones de transparence modifiée au-dessus de la coupole; ces zones suivant l'organe contenu dans la hernie et son état de réplétion ou de vacuité sont opaques (foie), claires (estomac, grêle, côlon) ou à moitié claires et à moitié opaques avec un niveau horizontal; l'ombre cardiaque et le médiastin sont habituellement déviés vers la gauche; l'examen après repas opaque permet de mieux interpréter les zones de transparence anormale.

Dans les hernies latérales gauches, plus fréquentes que les précédentes, on peut observer des images analogues; les repas opaques montrent que le grêle et le côlon sont plus disloqués que modifiés dans leur forme; un rétrécissement peut indiquer l'orifice herniaire; l'estomac subit des déformations plus caractéristiques: il tourne autour de la petite courbure qui reste en place tandis que la grande courbure passe au-dessus de la coupole diaphragmatique, la rotation se faisant vers l'avant ou vers l'arrière suivant que l'orifice herniaire est en avant ou en arrière de la petite courbure.

Un signe de certitude dans les hernies latérales droites ou gauches est la constatation du diaphragme au-dessous des viscères abdominaux herniés; mais le diaphragme est souvent difficile à voir au milieu des ombres produites par les parois intestinales et gastriques et par des épaississements pleuraux; le rétrécissement des viscères au niveau de l'orifice permet parfois de situer le diaphragme; il est utile d'examiner le malade debout et couché; dans les inspirations profondes, le diaphragme s'abaisse tandis que les viscères sont aspirés dans le thorax, mais ce signe n'est pas toujours net ni certain; lorsque le sac est inextensible ou lorsque les viscères sont fixés par des adhérences, le contenu de la hernie suit les mouvements de la coupole. Les hernies latérales doivent être distinguées des épanchements pleuraux, des abcès sous-phréniques, de certains diverticules de l'œsophage et surtout de l'éventration diaphragmatique: la constatation du diaphragme au-dessous des viscères, celle du rétrécissement au niveau de l'orifice sont les meilleurs signes différentiels, mais ces signes sont souvent difficiles à percevoir.

Les hernies diaphragmatiques médianes sont les unes pré-péricardiques, les autres rétro-péricardiques; les images des premières ou hernies rétrosternales n'ont de particularité que leur siège ; les hernies rétropéricardiques ou hernies de l'hiatus œsophagien peuvent donner lieu, mais assez rarement, à une tache claire ou à une image hydroaérique contre l'ombre cardiaque; le repas opaque permet, d'après les positions respectives du cardia et de la partie herniée (presque toujours l'estomac seul) et la forme de l'œsophage, de distinguer trois types bien décrits par Akerlund et dont S. rapporte plusieurs observations.

Lucien Rouquès.

### GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE
### (Venise)

**P. Venchierutti** (Venise). ***Sur un cas d'ictère hémolytique guéri par la splénectomie*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **12**, n° 7, Juillet 1938, p. 359-373). — Une malade de 17 ans est envoyée à l'hôpital pour des manifestations rhumatismales post-angineuses transitoires; on constate qu'elle est pâle, que les conjonctives sont subictériques, que la rate arrive à l'ombilic; l'anémie est nette (de 1.900.000 à 2.300.000), avec une valeur globulaire un peu inférieure à l'unité, de l'anisocytose et de la microcytose; il n'y a pas de modifications importantes des globules blancs; on note une urobilinurie légère; les selles sont fortement colorées; la réaction de Van den Bergh directe est négative, la réaction indirecte est positive; la résistance globulaire moyenne est 0,46; la résistance maxima est augmentée (0,36); la résistance minima très diminuée puisque l'hémolyse se produit dans les solutions physiologiques. On ne retrouve dans la famille de la malade aucun cas semblable.

L'intervention permet d'enlever une rate hémolytique de 1.200 *g.*; après des suites un peu mouvementées (hyperthermie, azotémie, hématurie), une amélioration progressive se déclare; l'anémie et le subictère conjonctival disparaissent, résultat se maintenant après 6 mois; les variations de la résistance globulaire après l'intervention ne sont pas indiquées.

Lucien Rouquès.

### RENDICONTI DELL' ISTITUTO DI SANITA PUBBLICA
### (Rome)

**B. Babudieri** (Rome). ***Une nouvelle méthode de diagnostic biologique de la grossesse*** (*Rendiconti dell' Istituto di sanità pubblica*, t. **1**, n° 1, 1938, p. 343-350). — Les corps de Foa-Kurloff sont de petites inclusions azurophiles contenues dans certains grands lymphocytes des cobayes adultes; ils manquent chez la plupart des cobayes nouveau-nés; B. a montré que ces corps sont des produits de sécrétion des cellules sous la dépendance étroite et spécifique de la folliculine et de la testostérone; il a pensé que leur recherche pouvait servir à déceler la folliculinurie chez les femmes enceintes et a mis au point la technique suivante: on prend deux cobayes mâles ou femelles de 2 à 5 jours; on s'assure qu'ils ne présentent pas de corps de Foa-Kurloff et on leur injecte sous la peau 1,5 à 2 $cm^3$ de l'urine étudiée, injection qu'on répète au bout de 10 à 14 heures; 6 ou 8 jours plus tard, on compte les corps de Foa-Kurloff sur 200 lymphocytes au minimum: les résultats sont positifs si le pourcentage des lymphocytes contenant des corps de Foa-Kurloff est de 5 au moins, négatifs si le pourcentage ne dépasse pas 2.

Cette méthode est plus pratique que celle qui consiste à provoquer l'œstrus chez les souris; elle ne nécessite pas l'ovariectomie ni des contrôles multiples; elle fournit une réponse rapide. Avec la technique actuelle, B. décèle une quantité de folliculine dans l'urine correspondant à une grossesse de 5 mois; de nouvelles recherches sont en cours pour appliquer la réaction à des grossesses plus récentes.

Lucien Rouquès.

### CASOPIS LEKARU CESKYCH
### (Prague)

**Syllaba, Cordora** et **Cermak**. ***Contribution à l'étude du diabète hypophysaire*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **77**, n° 48, 2 Décembre 1938, p. 1377-1383). — L'observation présentée concerne une diabétique acromégalique, de 34 ans, dont la surveillance clinique a duré deux ans. Malgré l'importance relative de sa glycosurie (200 *g.* et plus par 24 heures), le taux élevé de sa glycémie (2 *g.* 50), la présence de corps acétoniques abondants dans ses urines, l'état général est resté satisfaisant, sans amaigrissement ni fatigue. Il faut souligner de plus la tolérance relative des glucides et l'absence de correspondance entre la quantité d'hydrates de carbone ingérés et le taux de la glycémie ou de la glycosurie, l'influence nulle de l'insuline sur le chiffre de la gycémie (Epreuve de Radoslav négative), alors que glycosurie et acétonurie réagissaient à la médication insulinique, la disproportion notable entre l'acétonurie très importante et l'acétonémie faible. Tandis que les extraits d'antéhypophyse élevaient légèrement le taux des corps cétoniques sanguins, que la radiothérapie profonde restait sans résultat et que la protamine insuline se montrait à peine plus active que l'insuline ordinaire, l'opothérapie ovarienne se révélait remarquablement efficace, en supprimant à la fois l'aménorrhée et l'insulino-résistance, si bien que la glycosurie disparaissait et que la glycémie redevenait normale.

**Jonas** et **Sailerova**. ***Traitement du diabète par la protamine-insuline*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **77**, n°s 46, 47 et 48, 18 Novembre, 25 Novembre et 2 Décembre 1938, p. 1329-1335, 1356-1365, 1383-1388). — Faute d'une terminologie internationale précise et d'une standardisation effective des produits insuliniques nouveaux, après l'essai de diverses préparations dont les avantages et les inconvénients sont résumés dans un tableau schématique, J. et S. se sont limités à l'utilisation d'un insulinate de protamine, dont ils ont étudié les effets chez 86 diabétiques. Leurs conclusions sont les suivantes :

La courbe glycémique, établie au cours des 24 heures qui suivent l'injection, présente plusieurs dépressions ondulatoires, dont la plus accentuée se situe entre la 20e et la 22e heure. La baisse du sucre sanguin dure 24 heures et parfois davantage. Son importance comme sa précocité dépendent de la dose utilisée. Même chez les sujets les plus sensibles, les basedowiens par exemple, les accidents hypoglycémiques sont moins fréquents et moins

intenses. Par contre, au cours des épreuves d'hyperglycémie provoquée, son influence est moindre que celle de l'insuline. L'injection quotidienne unique est pratiquée le matin, mais la ration de 150 *g.* d'hydrates de carbone doit être segmentée en 7 à 8 fractions de 10 à 25 *g.*, réparties au cours de la journée, pour éviter que l'ingestion, en une fois, d'une quantité trop grande de glucides ne détermine la réapparition de la glycosurie.

Localement le produit est bien toléré. Les tuméfactions ou les infiltrations que l'on observe parfois au lieu même de l'injection disparaissent complètement par la suite. Au début, en raison d'une technique insuffisamment précisée, de doses un peu fortes, d'ingestions hydrocarbonées mal dosées ou mal réparties, des malaises ont été observés dans environ 50 pour 100 des cas. Ces incidents bénins d'hypoglycémie se caractérisent en général par une sensation de faim, de faiblesse, par des céphalées spéciales, prolongées et souvent accompagnées de nausées. Les sueurs, les tremblement, les troubles cardiaques ou nerveux, se voient plus rarement.

Pour faciliter le passage de l'insuline ordinaire à la p. i., l'injection se fait en mélangeant dans la seringue 1/3 ou 1/4 de la première à 2/3 ou 3/4 de la seconde, puis en modifiant ses proportions progressivement. Les meilleurs résultats s'observent chez les adultes âgés. Chez les adultes plus jeunes, entre 25 et 40 ans, les effets obtenus sont moins satisfaisants.

**Schmid.** ***Modifications urinaires observées après les compétitions sportives*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **77**, n^os 46, 47 et 48, 18, 25 Novembre, 2 Décembre 1938, p. 1343-1346, 1365-1370 et 1388-1391). — Trois années de recherches, plus de 500 analyses complètes d'urines, répétées après et avant les compétitions sportives, la surveillance de 176 sujets sélectionnés, servent de base à un exposé dont les conclusions peuvent se résumer ainsi : Après l'effort le volume de l'urine est moindre, sa densité est plus élevée, de même que sa teneur en urochrome. Le déplacement du *pu* précise l'acidification. L'albuminurie est fréquente et son importance est fonction de la fatigue subie, mais aussi du défaut d'entraînement. Chez des coureurs mal préparés, par exemple, l'albuminurie est plus marquée et persiste plus longtemps, parfois plus de 24 heures après l'épreuve. L'utilisation du Saccharum amyl. pur. réduit de plus de la moitié le taux de cette albuminurie qui reste constamment bénigne lorsque le sport est pratiqué convenablement.

Une glycosurie transitoire n'a été observée qu'une fois et deux fois une urobilinurie; mais le taux des substances azotées s'élève régulièrement. Bien qu'aucune hématurie macroscopique n'ait été notée, l'examen systématique du culot de centrifugation a fréquemment décelé des globules rouges, des cylindres et des cellules épithéliales, surtout lorsqu'il s'agissait d'un effort intense et prolongé. Le taux des substances minérales se modifie peu, cependant, les chlorures diminuent, alors que les urates, les oxalates et les phosphates augmentent. L'étude de la toxicité des urines après l'effort et leur influence sur la croissance des bactéries (b. coli et staphylocoques) n'apportent aucun fait nouveau intéressant.

**Tichy.** ***Métastases cancéreuses intra-musculaires*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **77**, n° 48, 2 Décembre 1938, p. 1391-1395). — Des deux observations présentées, la première concerne une femme de 54 ans, opérée pour une tumeur du muscle droit interne du côté gauche. Il s'agit d'une adénite cancéreuse métastatique que sa structure histologique permet de rattacher à un épithélioma initial du rectum, absolument latent et dont l'existence n'a pu être prouvée. La malade est morte après nouvelle métastase, sans que l'autopsie puisse être pratiquée. Tout l'intérêt de la publication se limite donc aux particularités de l'image histologique : les nodules cancéreux et leurs prolongements cylindroïdes intra-fasciculaires restent encapsulés dans le périmysium et occupent entièrement la place du sarcolemme. Autour de la tumeur on note une réaction cellulaire importante avec sclérose. Les fibrilles des faisceaux vasculaires voisins sont relativement peu modifiées, mais la disparition de la striation, la vacuolisation et l'atrophie s'amorcent par places, sans qu'il y ait de dégénérescence cireuse.

Le deuxième cas concerne une métastase d'un papillo-cancer de la vessie, dans le muscle couturier droit, observée chez un homme de 76 ans. Les nodules intra-fasciculaires restent également limités par le périmysium et s'étendent en prolongements tubulaires dans le sarcolemme. Les altérations péri-tumorales sont plus accentuées (atrophie des fibrilles, dégénérescence de Zenker et dégénérescence discoïde). Dans les faisceaux conservés, la striation s'est effacée.

**Vondracek.** ***La cure bulgare (Rabilka) dans le traitement du parkinsonisme*** (*Casopis Lekaru Ceskych*), t. **77**, n° 51, 23 Décembre 1938, p. 1457-1466). — Synthèse de tous les travaux tchécoslovaques antérieurs, complétée de ses constatations l'exposé de V. fait état de plus de 200 observations détaillées. Le produit utilisé est une décoction dans 600 *g.* de vin blanc, de 30 *g.* de racines concassées de belladone bulgare (Rabilka). La dose est variable, mais la marge assez large de tolérance permet d'aller jusqu'à 5 ou 6 cuillerées à soupe par jour. Le traitement peut être ambulatoire mais il doit être attentivement surveillé, et, si l'hospitalisation est possible, il convient de la préférer pour la durée de la cure. La sécheresse de la gorge et les troubles visuels sont habituels. Les troubles digestifs (constipation, vomissements), métaboliques (hyperglycémie), nerveux (céphalées, vertiges, hallucinations) sont plus rares. La rigidité musculaire est la plus régulièrement et la plus favorablement influencée. L'action sur le tremblement est inconstante, inégale, variable. Les crises oculaires et les spasmes de torsion ne réagissent que faiblement en général après plusieurs cures. Les signes végétatifs et les hypersécrétions (sialorrhée, sueurs, séborrhée, etc.) sont très vite et très fortement améliorés. Des anomalies psychiques, seule la bradypsychie s'atténue sensiblement, tandis que les modifications du caractère, les angoisses, les obsessions, les impulsions, les perversions sexuelles, restent pratiquement inaccessibles à la thérapeutique. La parole et l'écriture s'améliorent nettement.

Les résultats obtenus par cette médication — et c'est là le point important — semblent nettement supérieurs à ceux que fournissent, à taux égal de corps actifs, les divers alcaloïdes utilisés isolément. La proportion des divers alcaloïdes, leur effet antagoniste ou équilibrant (sédatif de la scopolamine, excitant de l'atropine) sur les centres cérébraux et les relais périphériques, l'action complémentaire de substances encore mal définies, semblent responsables de la supériorité thérapeutique du produit total, dont l'emploi est indiqué pour le traitement non seulement de la maladie de Parkinson, mais aussi de toutes les affections du système extra-pyramidal. Le syndrome pallidaire hypocinétique et hypertonique est toujours plus facilement améliorable que le syndrome hypercinétique et hypotonique du corps strié.

**Sachs.** ***Crampes des écrivains*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **78**, n° 3, 20 Janvier 1939, p. 65-72). — 31 observations personnelles recueillies à la maison de santé de Vraz sont à la base de cette étude dont les conclusions peuvent se résumer ainsi : fréquente surtout chez les hommes entre 40 et 50 ans, la crampe des écrivains est très souvent favorisée par certaines anomalies organiques de nature diverse (hémiparésie fruste, névrites périphériques, syndromes extra-pyramidaux, etc.), plus ou moins ébauchées auxquelles elle vient se surajouter. Presque toujours des troubles fonctionnels psychiques s'associent au syndrome proprement dit et c'est de leur gravité respective que dépendent tout à la fois l'importance de la diminution de capacité de travail, la sévérité du pronostic et les difficultés du traitement. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'états dépressifs ou d'états anxieux, parfois aussi mais plus rarement de catathymies ou de sinistroses. En matière d'expertise, il n'y a pas de règle absolue, mais il convient de tenir compte de l'existence d'une lésion organique même fruste, autant que des facteurs psychogènes, les uns et les autres s'avérant d'importance très inégale pour fixer l'aptitude au travail. Il en est de même du traitement, adapté à chaque cas, mais qui doit éviter le repos ou les exercices systématiques trop schématiquement prescrits, comme toute thérapeutique locale susceptible de fixer davantage l'attention des malades sur le graphospasme, en aggravant l'élément phobique.

**Elis.** ***Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des hypoglycémies secondaires*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **78**, n° 3, 20 Janvier 1939, p. 72-79). — La symptomatologie des états glycopéniques pourrait revêtir 5 types cliniques principaux : tremblements, pâleur, sueurs et palpitations correspondent au premier (8 obs.), fréquent surtout chez les sympathicotoniques; douleurs abdominales et faim douloureuse, assez proches de ce que l'on voit dans l'ulcère duodénal, caractérisent le second (6 obs.), particulier aux dystoniques et aux vagotoniques ; céphalées, avec migraines ophtalmiques et nausées, sont le fait du troisième (5 obs.), surtout rencontré au cours des diathèses spasmophiles; faiblesse générale, asthénie, vertiges, éblouissements appartiennent au quatrième (9 obs.), assez spécial aux hypotoniques; divers phénomènes psychomoteurs, allant de la simple absence et de l'éclipse cérébrale aux crises épileptiformes, sont l'apanage du cinquième (7 obs.) et posent parfois un délicat problème diagnostic entre l'adénome pancréatique avec hyperinsulinisme primitif et l'épilepsie essentielle. Cette brève énumération suffit à montrer le polymorphisme des manifestations d'hypoglycémie symptomatique et leur intrication avec les signes propres de la maladie fondamentale. Les reconnaître est cependant essentiel car la thérapeutique prescrite sera d'autant plus efficace qu'elle associera, au traitement de fond correspondant, un régime judicieusement établi (taux, choix et répartition des hydrates de carbone, suivant la rapidité de leur assimilation).

**Vitek.** ***Réflexe antéro-tibial et sa valeur séméiologique*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, t. **78**, n° 4, 27 Janvier 1939, p. 79-81). — Tel qu'il a été décrit par Noica (1906), puis modifié par Piotrovski (1913), Schvijver, Bing (1918), Balduzzi (1925), ce réflexe physiologique est peut-être moins constant que les r. achilléen et médio-plantaire. Il répond aux mêmes segments médullaires, L5 et S2. Il a donc la même signification topographique et séméiologique. Son intérêt clinique vient essentiellement de ce qu'il est le premier à disparaître dans les lésions du neurone périphérique. Son abolition ou sa diminution méritent d'être soigneusement recherchées. Son augmentation a moins d'intérêt et ses modifications dans les lésions du neurone central ont beaucoup moins de portée pratique.

# REVUE DES JOURNAUX

## GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

**A.-P.-L. Beley.** ***La fossette coccygienne constitue-t-elle un stigmate de nature hérédo-syphilitique certaine?*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **112**, n° 2, 7 Janvier 1939, p. 21-22). — Au cours des états d'arriération mentale, on soupçonne souvent la syphilis congénitale et rien n'est plus difficile que de l'affirmer. Il existe une abondante floraison de signes de dégénérescence, dits signes de suspicion.

L'examen morphologique d'un groupe de 100 enfants arriérés, soit arriérés simples (depuis la débilité jusqu'à la profonde idiotie), soit arriérés neurologiques (arriération mentale associée à des syndromes moteurs) a montré, dans 51 pour 100 des cas, l'existence d'une fossette coccygienne. Parallèlement, on a pu noter, chez ces enfants, des malformations céphaliques dans 57 pour 100 des cas, du strabisme dans 30 pour 100 des cas et de l'axiphoïdie.

Si l'on divise ces 100 enfants en 2 catégories, ceux présentant des antécédents ou des symptômes de syphilis certaine et ceux chez qui ces symptômes manquent, on trouve la fossette coccygienne dans 67 pour 100 des cas (sur 37 sujets). Celle-ci n'existe que dans 41 pour 100 des cas d'arriérés sans symptômes de syphilis évidents (63 cas). Chez les sujets atteints de syphilis certaine, la fossette coccygienne est la malformation la plus fréquente. Sa présence chez 2/3 des sujets atteints de syphilis congénitale en fait un élément de valeur diagnostique important.

Robert Clément.

## LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

**G. Milian.** ***L'ongle du syphilitique*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. **15**, n° 3, 1er Février 1939, p. 59-64). — M. considère comme caractéristique de la syphilis de nombreuses altérations des ongles.

La syphilis n'est pas seule capable de produire les raies transversales, petits sillons perpendiculaires à l'axe longitudinal de l'ongle. Après la scarlatine, quand l'éruption a été violente, on voit sur tous les ongles et à la même hauteur une raie transversale qui s'élimine progressivement et ne se renouvelle pas. La plupart des maladies infectieuses sont capables d'inscrire de cette façon leur passage sur les ongles. Il en est de même des intoxications de diverses maladies cutanées, l'eczéma, le psoriasis. Les raies transversales de la syphilis ne s'accompagnent pas d'éruptions cutanées présentes ou passées, elles existent rarement sur tous les ongles et pas à la même hauteur. On peut voir sur le même ongle deux ou trois raies transversales. Ces lésions persistent des années et quelquefois s'aggravent en nombre et en profondeur. Avec le traitement syphilitique, elles disparaissent en 2 ou 3 ans.

Les érosions ponctuées syphilitiques sont en général nombreuses et, comme les raies, ne s'accompagnent pas de lésions de la peau, ne siègent pas sur tous les ongles; au lieu d'être rondes, elles s'étirent en longueur. Leur évolution est analogue à celle des raies transversales.

La friabilité des ongles, leur caractère cassant, l'arrêt de croissance portant sur un seul ou sur quelques ongles, serait un caractère constitutionnel dû à la syphilis.

L'arc lilas siégeant sous l'ongle, vers le bord libre dont il est séparé par quelques millimètres, peut s'observer sur tous les doigts, mais cependant quelques-uns seulement sont en général pris. L'arc lilas est immobile, ne se déplace pas avec la croissance unguéale. On peut l'observer dès la première et la seconde année de la syphilis, mais on l'observe surtout aux périodes tardives. A condition que le malade ne présente pas d'acrocyanose, sa valeur séméiologique est importante.

Les taches blanches ou « leuconychies », les pigmentations ou « négricies » peuvent aussi être attribuées à la syphilis.

Robert Clément.

**R. Demanche.** ***Les résultats discordants de la sérologie dans la syphilis*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. **15**, n° 3, 1er Février 1939, p. 71-79). — Il arrive parfois que les réactions sérologiques pratiquées sur un même sérum par plusieurs méthodes d'égale valeur donnent des résultats discordants ou contradictoires. Ce sont parfois même les réactions considérées comme les plus sensibles qui se montrent défaillantes. Ces faits troublants sont incontestables et ne correspondent pas à un accident de technique, car on peut les contrôler à plusieurs reprises.

Des résultats discordants ne s'observent jamais lorsque la syphilis est en activité, à la fin de la période primaire ou pendant la période secondaire.

Au début de la période primaire le syndrome sérologique se constitue et se détruit en quelques semaines par étapes successives. Chacune de ces étapes est marquée par des discordances variées. Celles-ci offrent toutefois une certaine régularité: on a pu établir entre l s principales réactions un ordre de précocité auquel correspond un ordre inverse de résistance.

Dans les syphilis anciennes traitées et latentes, les discordances sont fréquentes et paraissent livrées au hasard. Cependant on peut isoler deux types: l'un, le plus fréquent, caractérisé par la résistance exclusive des réactions de floculations, l'autre, par celle des réactions d'hémolyse. Entre les deux, on trouve des formules mixtes exprimant les combinaisons les plus variées.

Ces observations faites dans la syphilis avérée peuvent être utilisées lorsque le diagnostic repose entièrement sur la sérologie et on peut attribuer aux résultats discordants une valeur analogue à celle qu'ils avaient dans la syphilis. Il ne faut pas les rejeter à priori, ils doivent être accueillis avec circonspection, soumis à un contrôle technique, vérifiés sur un nouvel échantillon de sang, mais être interprétés dans le sens de la positivité.

Robert Clément.

## JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

**J. Chalier** et **J. Ledru.** ***Traitement des angines et stomatites à pneumocoques par les applications locales de bile de bœuf stérilisée*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 456, 5 Janvier 1939, p. 13-17). — C. et L. ont appliqué à la clinique la propriété qu'a la bile d'empêcher le développement du pneumocoque sur les milieux de culture et son action bactéricide sur ce germe. Ils rapportent 3 observations d'angine pseudo-membraneuse et deux observations de stomatite ulcéro-pultacée ou pseudo-membraneuse dans lesquelles l'ensemencement a montré la présence de pneumocoque, auxquelles ce traitement a été appliqué avec succès.

Après un siphonage à l'eau de Seltz et un lavage de bouche à l'eau bicarbonatée, on fait un badigeonnage à l'aide d'écouvillon trempé dans la bile de bœuf stérilisée. Le traitement est assez désagréable, au moins au début, mais les malades finissent par bien le supporter. Cependant une femme refusa de l'accepter.

Les applications de bile sont suivies d'une descente rapide de la température, la gorge se déterge, les lésions buccales rétrocèdent en un temps variable, mais assez court. Suivant l'ancienneté et l'étendue des lésions, on a obtenu des améliorations manifestes en 1 à 3 jours, la guérison complète en 2 à 5 jours. Les signes fonctionnels s'amendent vite, l'adénopathie persiste davantage.

Cette méthode thérapeutique logique rendra des services dans certaines angines ou stomatites pseudo-membraneuses à pneumocoque particulièrement tenaces.

Robert Clément.

**J. Froment, P. Mazel** et **A. Thomasset.** ***Paralysies et contractures d'ordre réflexe par irritations périphériques consécutives aux traumatismes des membres et décisions médico-légales*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 457, 20 Janvier 1939, p. 55-62). — Le terme « physiopathique » est souvent employé à contre-sens. Il y a injustice à mettre sur le même plan les séquelles de traumatismes avec membres blessés témoignant objectivement de réelles souffrances physiologiques et les accidents « sine materia » hystérico-pithiatiques, quand ils sont purs de toute association organique ou physiopathique.

Les paralysies et les contractures par irritations périphériques consécutives aux traumatismes des membres ont un caractère physiopathologique indiscutable qui doit les faire distinguer des troubles hystériques.

Pour les accidents hystériques pithiatiques purs, ni réforme, ni gratification, ni indemnité. Lorsqu'il y a association de pithiatisme à des perturbations physio-pathologiques, ne pas tenir compte des manifestations hystériques.

A côté des paralysies vraies avec troubles électriques et des pseudo-paralysies ou pseudo-contractures pithiatiques, il existe des paralysies et des contractures d'ordre réflexe consécutives aux traumatismes des membres qui ne s'accompagnent jamais de réaction de dégénérescence, mais d'une simple hypo-excitabilité électrique, et même souvent, d'une hyperexcitabilité paradoxale faradique et galvanique. Cependant, la réalité des perturbations physio-pathologiques dans ces paralysies et contractures d'ordre réflexe ne peut pas être discutée, elle est prouvée par des faits expérimentaux et par l'action de l'infiltration anesthésique des ganglions sympathiques.

Avant d'admettre la consolidation médico-légale, on aura le droit d'essayer les infiltrations anesthésiques, la radiothérapie, la diathermie, les ondes courtes, la mobilisation et, même, certaines interventions chirurgicales sur le sympathique.

Robert Clément.

### ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

**René Pierret, L. Christiaens** et **Popoff** (Lille). ***L'hypertrophie du thymus au cours de la leucémie aiguë de l'enfant*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. 42, n° 1, Janvier 1939, p. 5-28). — On admet généralement que l'hypertrophie thymique au cours d'un syndrome leucémique, qu'il s'agisse de leucémie lymphoïde ou de leucémie aiguë, est exceptionnelle. Hammar et Schridde tiraient argument de ce fait pour établir une distinction de nature entre le thymus et les organes lymphoïdes.

Or, P., C. et P. ont observé, en peu de temps, 4 cas de leucémie aiguë infantile, qui s'accompagnaient d'hypertrophie thymique.

La première observation est celle d'un sujet de 10 ans, atteint de leucémie lymphoïde, entré en agonie à l'hôpital. Il présentait une hypertrophie considérable du thymus, constatée radiologiquement sans être rattachée à sa cause véritable et identifiée seulement à l'autopsie.

La deuxième observation concerne une fillette de 6 ans atteinte de leucémie aiguë avec hypertrophie du thymus. Une seule application radiothérapique provoqua un effondrement du taux des leucocytes et une véritable fonte de l'ombre thymique. La malade brûla les étapes et l'évolution générale ne dura pas plus de 2 mois. Il n'y eut jamais de manifestations hémorragiques.

La troisième observation est celle d'un garçon de 8 ans 1/2, qui présenta une leucémie aiguë typique avec gros thymus au cours de son évolution. La quatrième se rapporte à un enfant de 4 ans, entré moribond, et qui présenta également, au cours d'une leucémie, une énorme hypertrophie thymique.

De ces faits, P., C. et P. concluent que les leucémies « thymiques » ne sont pas exceptionnelles. Ils ont d'ailleurs pu en relever un nombre important d'exemples dans la littérature, notamment dans la littérature américaine.

En aucun cas, l'hypertrophie du thymus ne s'est accompagnée des signes cliniques habituellement imputés à cette manifestation anatomique. Dans un des cas des auteurs, où l'autopsie a révélé un thymus de 200 *g.*, il n'y avait ni tirage, ni cornage, ni dyspnée.

Il paraît difficile à P., C. et P. de souscrire à l'opinion de certains auteurs qui font de l'hypertrophie du thymus le « *primum movens* » de la maladie, les cellules issues de la tumeur thymique passant dans la circulation. Pour eux, l'envahissement du thymus est secondaire à la leucémie.

P., C. et P. soulignent deux notions cliniques particulières à cette forme de leucémie: 1° son extrême gravité et le caractère suraigu de son évolution; 2° son extraordinaire radio-sensibilité, qui commande la plus grande prudence dans l'utilisation de la radiothérapie.

Ce travail montre qu'en présence de toute tumeur que la radiologie permet d'attribuer au thymus, il est nécessaire de pratiquer systématiquement l'examen du sang. En cas de leucémie aiguë, d'autre part, il convient de pratiquer un examen radiologique attentif du médiastin et de rechercher avec soin l'hypertrophie du thymus, avant l'application de la radiothérapie.

G. Schreiber.

### REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

**Christian Pierra.** ***L'apoplexie ovarienne : à propos de quelques observations nouvelles*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 34, n° 2, Février 1939, p. 65). — On a beaucoup exagéré, dans le groupe des hémorragies utéro-annexielles et des hémopéritoines consécutifs, la fréquence des grossesses extra-utérines et certains auteurs en étaient venus à dire que toutes les hématocèles relevaient d'une rupture ou d'un avortement tubaire. Plusieurs gynécologues, et en particulier Bonneau, ont, à juste titre, réagi contre cet exclusivisme. Parmi les nombreuses causes possibles de ces hémorragies, P. insiste sur les apoplexies ovariennes, dont il donne une excellente étude. L'apoplexie se produit à deux époques d'élection: ovulation et prémenstruum immédiat, c'est-à-dire au moment des deux vagues de Stapfer. Elle se voit souvent chez des vierges et, en tout cas, elle s'accompagne très souvent de divers signes cliniques d'imperfection utéro-ovarienne. Elle résulte d'une exagération de l'hyperémie cyclique de l'ovaire. Mais, dans un certain nombre d'observations, il faut invoquer le rôle d'une dyscrasie sanguine, peut-être d'une hémogénie locale, le rôle de l'ovarite scléro-kystique, le rôle de tous les facteurs de congestion. L'exagération de l'hyperémie cyclique semble résulter essentiellement d'un déséquilibre neuro-végétatif d'origine hormonale (préhypophyse?). P. étudie, ensuite, l'anatomie de ces lésions (formes massives, formes à foyers multiples, formes partielles), puis leur clinique. Il ne croit pas que l'on puisse opposer les hémorragies diffuses du stroma et les hémorragies à point de départ germinatif: il n'y aurait que des différences de degré dans la diffusion du saignement. Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité des lésions et l'importance des symptômes. Il faut conserver la notion qu'à côté des formes accentuées, il existe des formes larvées auxquelles bien des phénomènes douloureux menstruels ou intermenstruels doivent être rattachés.

Henri Vignes.

### REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR (Paris)

**I. Iacobovici** (Bucarest). ***L'angiome vertébral*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. 26, n° 1, Janvier-Février 1939, p. 5-19). — L'angiome vertébral est plus *fréquent* qu'on ne croit.

Il peut s'observer à tout *âge*, mais plutôt vers 40 ans, pour ainsi dire jamais avant 15 ans; un peu plus souvent chez la femme.

Le *traumatisme* a été cité à l'origine de l'affection dans certains cas.

Le *siège* est plus souvent à la colonne dorsale, ensuite à la colonne lombaire.

Les *dimensions* sont variables: la tumeur se localise uniquement au corps vertébral, auquel elle communique, sur la radiographie, un aspect aréolaire en nid d'abeilles; elle peut s'étendre à l'arc postérieur, ou bien même envahir soit le canal rachidien, soit les parties molles périvertébrales, comme dans le cas de I.

L'angiome vertébral peut constituer une *trouvaille radiologique* ou se traduire par des *symptômes douloureux* (douleurs lombaires irradiées dans les membres inférieurs). On croit à un mal de Pott.

Les *troubles nerveux sont constants:* paraplégie surtout, troubles de la sensibilité, des réflexes, souvent troubles sphinctériens.

L'examen *radiologique* est caractéristique: aspect aréolaire, quelquefois finement pommelé. La confusion peut avoir lieu avec le mal de Pott, mais surtout avec les tumeurs néoplasiques, avec l'ostéite kystique de Recklinghausen, la maladie de Paget, l'ostéomyélite, etc.

L'*évolution* est lente, l'affection peut durer des années, elle a une marche plus rapide dans les cas de paraplégie.

La *radiothérapie* a donné d'excellents résultats dans beaucoup de cas.

I. a utilisé les *injections sclérosantes d'alcool* associées à la radiothérapie.

On est intervenu dans les cas de compression médullaire, mais l'*opération* est grave et les opérés meurent assez souvent d'hémorragie.

Albert Mouchet.

### DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

**P. Dahr.** ***Les groupes sanguins des singes anthropoïdes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 64, n° 44, 8 Octobre 1938, p. 1576-1578). — On s'est préoccupé de savoir si les propriétés des sangs animaux permettaient de les rapprocher des sangs humains, en particulier en ce qui concerne les groupes sanguins.

Ces recherches, intéressantes pour l'élevage et l'étude de la propagation des facteurs héréditaires chez les animaux, présentent aussi un intérêt pour les recherches sur la différenciation des espèces.

122 singes anthropoïdes ont été étudiés par divers auteurs : 96 chimpanzés, 22 orangs-outangs et 4 gorilles.

Pour établir l'existence de groupes spécifiques on éprouve les globules rouges vis-à-vis des sérums de plusieurs animaux. Les anthropoïdes, d'après ces recherches, ont deux propriétés iso-agglutinables A et B, semblables aux iso-agglutinogènes humains, et deux iso-agglutinines correspondantes, $\alpha$ et $\beta$, également analogues aux iso-agglutinines humaines. De même que chez l'homme, l'iso-agglutinine manque régulièrement quand la propriété agglutinogène correspondante existe; il y a donc des groupes sanguins réguliers chez les singes, alors que dans la plupart des espèces animales étudiées jusqu'à présent on ne peut régulièrement mettre en évidence ces groupements.

Ces sérums de singes supérieurs présentent une particularité intéressante: alors que le sérum humain comporte presque toujours une hétéro-agglutinine anti-globules rouges de singe, le sérum d'anthropoïdes ne contient pas d'hétéro-agglutinine anti-globules rouges humains, ou du moins n'en contient pas en quantité notable. Le sérum d'anthropoïde se comporte donc vis-à-vis des globules rouges d'hommes de la même façon que le sérum humain, mais, par contre, on ne peut se servir des sérums humains pour tester le sang de singe à cause des hétéro-agglutinines anti-globules rouges de singes. Chez les anthropoïdes on peut déceler aussi les récepteurs M et N, mais ils ne sont pas identiques à ceux des hommes; ils paraissent pourtant s'en rapprocher, d'autant plus qu'il s'agit de singes plus élevés dans la série animale.

G. Dreyfus-Sée.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

**Schedtler.** ***L'utilisation de l'hélium pour l'insufflation du pneumothorax*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 17, n° 33, 13 Août 1938, p. 1153-1154). — Au cours de travaux antérieurs, S. a établi que, si on insuffle dans l'espace pleural de l'oxygène pur, de l'azote ou de l'acide carbonique, il se produit assez rapidement un état d'équilibre qui persiste qualitativement d'une façon indéfinie, bien que le volume diminue. Le gaz restant est constitué dans la proportion de 90 pour 100 par de l'azote, de 6 pour 100 par de l'acide carbonique, et de 4 pour 100 par de l'oxygène. En insufflant un mélange gazeux ayant cette même composition, on arrive à retarder nettement la résorption et on réduit le nombre des insufflations. Mais le bénéfice ainsi réalisé diminue d'autant plus que le pneumothorax existe depuis plus longtemps. C'est donc seulement pour les premières insufflations que cette méthode est vraiment avantageuse.

La recherche d'un gaz étranger à l'organisme, qui pourrait être employé, est assez limitée, car les gaz inoffensifs se résorbent en général très rapidement. C'est le cas pour l'acétylène.

Les gaz nobles, comme l'argon, le néon et l'hélium, par contre, ont fait déjà l'objet d'un certain nombre de recherches. Mais l'observation a montré que l'argon est très rapidement éliminé. Il n'en serait pas de même avec les deux autres gaz, et S. a été ainsi amené à faire des essais avec l'hélium, qui n'est pas irritant et qu'il a été possible de se procurer à un prix acceptable. Il a d'ailleurs été constaté que les insufflations faites avec ce gaz devaient être aussi fréquentes qu'avec l'air atmosphérique. En outre, quand la plèvre est insufflée avec ce gaz, les poumons se dessinent moins bien sur le cliché radiographique, phénomène qui, jusqu'ici, est impossible à expliquer.

P.-E. Morhardt.

**W. Engelhardt et O. Birkenmaier.** ***Phénomène de paralysie chez les pigeons après administration de combinaisons sulfonamidées et travail musculaire supplémentaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 38, 17 Septembre 1938, p. 1325-1328). — L'usage des combinaisons sulfonamidées et plus spécialement de l'ulirone a donné l'impression que les névrites provoquées par ces médicaments s'observaient surtout chez les sujets qui accomplissaient un travail professionnel physique important. Il y avait donc lieu de préciser si, effectivement, ce surmenage pouvait être considéré comme cause de la névrite ulironique. Par ailleurs, à la Clinique dermatologique de Tubingue, les 150 malades environ qui ont été traités par l'ulirone pendant une période d'hospitalisation n'ont jamais présenté le moindre symptôme nerveux.

Au cours de recherches expérimentales préliminaires, il fut ainsi constaté que les pigeons dits « boulants », hauts sur pattes, réagissaient sous l'influence de ces combinaisons d'une façon très précoce par des symptômes nerveux périphériques. Les recherches furent donc poursuivies sur des animaux de ce genre. Les uns étaient constamment tenus au repos dans de petites cages qui les empêchaient de se mouvoir librement. D'autres étaient mis deux fois par jour, pendant une demi-heure, dans un tambour mobile de 75 *cm.* de diamètre.

Les symptômes de névrite constatés étaient caractérisés par une démarche vacillante et par l'appui du pied entier, entraînant une lésion du talon. Les médicaments administrés furent, en dehors du diseptal A (ulirone), le diseptal B et le diseptal C. En ce qui concerne l'ulirone, les doses totales de 10 à 12 *g.*, administrées en 35 jours, furent supportées sans aucun trouble par les animaux au repos. Le plumage lui-même resta tout à fait normal. Par contre, les animaux obligés à se mouvoir présentèrent dès le 10e jour la démarche caractéristique, puis, à partir du 15e jour, les lésions du talon. Les animaux témoins, soumis à ce régime d'exercice forcé, ne présentaient par ailleurs aucune espèce de phénomène pathologique.

En poursuivant les expériences, on constatait d'abord qu'avec des doses de 4,5 à 5 *g.* on arrivait à déterminer des phénomènes de paralysie dans 100 pour 100 des cas. Le diseptal B a déterminé, à des doses de 0 *g.* 5 ou de 1 *g.* par kilogramme, des troubles nerveux beaucoup plus vite que l'ulirone. Le diseptal C, aux mêmes doses, n'a provoqué, jusqu'au 20e jour, aucun phénomène net de paralysie, pas plus chez les animaux au repos que chez les animaux mis au régime du tambour. Cependant, tous ces derniers ont présenté, dès le 3e jour, des phénomènes de fatigue dont ils se sont remis assez rapidement, puis, le 21e jour, ces animaux ne commencèrent à se mouvoir qu'avec difficulté, alors que les animaux au repos continuaient à faire très bonne impression.

P.-E. Morhardt.

**Ferdinand Hoff.** ***Recherche sur l'influence de la lactoflavine et de la corticostérone sur le diabète rénal artificiel*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 44, 29 Octobre 1938, p. 1535-1537). — Les recherches de Verzàr ont montré que la résorption du sucre par l'intestin s'opère par phosphorylisation, phénomène qui ne serait possible qu'en présence de l'hormone de la corticosurrénale. C'est un trouble de ce genre qui serait à l'origine de la sprue et de la cœliaquie.

H. a admis que, dans ces conditions, il y avait lieu de rechercher quel était le rôle des reins dans les échanges sucrés. Dans le diabète, le sucre est éliminé indépendamment de tout trouble de la régulation des échanges de glucose. En pareil cas, l'excrétion du sucre doit être attribuée à un trouble de la résorption cellulaire des sucres dans les tubules des reins.

Au cours d'une série d'expériences pratiquées par H., il a été administré 0,75 *g./kg.* de phloridzine. Avec cette dose, l'élimination de sucre a été en moyenne de 19,2 *g.* En administrant de la lactoflavine à la dose de 1 *mg.* en même temps que la phloridzine, puis 3 heures plus tard, on a constaté que l'élimination de glucose tombait à 8,6 *g.* La lactoflavine s'est montrée ainsi capable de diminuer appréciablement le diabète phloridzique. Il est probable que la lactoflavine ainsi injectée a été transformée dans l'organisme en acide lactoflavine-phosphorique, car la phloridzine n'inhibe la phosphorylisation que dans les reins mais pas dans le reste de l'organisme.

Dans une autre série de recherches, on a eu recours à une préparation synthétique de corticosurrénale, qui fut administrée aux chiens dans les mêmes conditions que la lactoflavine, à la dose de 2 *mg.*, 4 heures et 8 heures après la phloridzine. D'une façon générale, cette substance s'est montrée capable de réduire la proportion de sucre éliminée par les animaux d'expérience.

Dans les expériences auxquelles il a été procédé avec l'acide mono-iodacétique, poison capable, lui aussi, d'empêcher la phosphorylisation, il n'a cependant pas été possible de faire apparaître des proportions significatives de sucre dans l'urine, peut-être parce que les méthodes utilisées n'étaient pas appropriées.

Ainsi, les conceptions de Verzàr sont, d'une façon générale, confirmées par le résultat de ces recherches, et il semble bien que les tubules rénaux résorbent le sucre dans les mêmes conditions que la paroi intestinale, c'est-à-dire sous l'influence de la lactoflavine et de la corticostérone.

P.-E. Morhardt.

**H. Kreitmair et O. Wolfes.** ***L'apoatropine, un alcaloïde peu connu de la belladone*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 44, 29 Octobre 1938, p. 1547-1550). — L'apoatropine ($C_{17}H_{21}O_2N$) a été rencontrée en 1891 par Hesse, à côté de l'hyoscyamine et de l'atropine dans les solanacées. Il n'est d'ailleurs pas certain que cette substance préexiste dans la racine de belladone et qu'elle n'apparaisse pas sous l'influence du traitement auquel la drogue est soumise, en vue de l'extraction des alcaloïdes. Quoi qu'il en soit, l'apoatropine, qui diffère de l'atropine par l'élimination d'une molécule d'eau, peut être préparée à partir de l'atropine et synthétisée. Elle est peu soluble dans l'eau et dans l'éther de pétrole alors qu'elle est facilement soluble dans les solvants usuels. Au point de vue chimique, c'est une substance non saturée dont, jusqu'ici, les propriétés pharmacodynamiques ont été assez peu étudiées.

L'action mydriatique sur l'œil du lapin est extrêmement faible. A une concentration de 15 *mg.* pour 100 *g.*, l'apoatropine fait apparaître sur le grêle isolé du lapin une atonie réversible et cesser les mouvements pendulaires. Cette action n'est exercée par l'atropine qu'à des concentrations cinq fois plus élevées. Grâce à un procédé spécial, on a pu constater que l'action excitante sur les terminaisons du vague (contraction des fibres musculaires) exercée par l'acétylcholine est supprimée par l'apoatropine à une dose 50 fois supérieure à celle d'atropine nécessaire pour obtenir le même résultat. Puisque cette action de l'apoatropine ne se fait pas par l'intermédiaire des nerfs, c'est qu'elle est d'origine musculaire. On peut le démontrer en faisant agir sur le grêle isolé de lapin le chlorure de baryum qui est un poison excitant des muscles et dont les effets sont supprimés par l'apoatropine à des doses précisément cinq fois moindres que la dose d'atropine nécessaire pour obtenir le même résultat.

Au point de vue toxicologie, on constate que pour des doses de 0,001 *mg/g.* d'animal, on ne remarque rien d'autre qu'une respiration un peu approfondie ou une diminution de l'activité musculaire avec quelques convulsions cloniques-toniques. Chez les chiens, la dose de 1 *mg./kg.*, administrée par la sonde gastrique, n'a provoqué aucun phénomène; celle de 2,5 *mg./kg.* a provoqué des convulsions épileptiformes puis la mort de l'animal. En injection sous-cutanée, ce médicament se montre trois fois moins toxique qu'à l'intérieur. Ce fait doit s'expliquer par une sensibilité particulière de l'apoatropine à l'égard des enzymes tissulaires. Cette hypothèse a été confirmée par le fait qu'en présence de sang l'apoatropine perd sa toxicité.

P.-E. Morhardt.

**F. Duensing.** ***L'action de l'apoatropine chez l'homme et son emploi dans le traitement de l'encéphalite chronique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 44, 29 Octobre 1938, p. 1550-1554). — Dans le service des encéphalitiques de l'Université de Göttingue, on a tout d'abord eu recours à la méthode bulgare, modifiée par les médecins italiens et, en même temps, on a recherché, avec la collaboration de la fabrique E. Merck, quel principe pouvait expliquer la supériorité de ces préparations sur celles qui ont été utilisées jusqu'ici. On est ainsi arrivé à recourir au chlorhydrate d'apoatropine qui n'avait pas encore été utilisé en médecine humaine. Il a été ainsi constaté que, contrairement à ce qui était admis, cet alcaloïde, même à la dose de 20 *mg.* par jour et davantage, n'entraîne aucun trouble. Les phénomènes d'intoxication qui surviennent sous l'influence de faible dose de scopolamine ou d'atropine ne sont donc pas dus à des impuretés, comme pourrait l'être l'apoatropine, mais à une sensibilité particulière des malades. Effectivement, l'observation montre que la même solution est bien tolérée par les uns, alors qu'elle ne l'est pas par d'autres.

En ce qui concerne la cure bulgare, il y aurait lieu d'admettre que les racines de belladone n'agissent que si elles contiennent de l'apoatropine à une dose représentant quelques milligrammes par jour. Alors que l'apoatropine n'agit sur les terminaisons du vague qu'à fortes doses, par contre, ce médicament a une action nettement favorable sur les séquelles de l'encéphalite épidémique et plus spécialement l'acinésie, sur la raideur et parfois aussi sur le tremblement ainsi que sur d'autres phénomènes hypercinétiques. Tandis que chez bien des malades on obtient de meilleurs résultats avec l'atropine, chez d'autres, au contraire, c'est l'apoatropine qui a les effets les meilleurs. Les avantages de cette dernière drogue sont qu'elle ne provoque ni trouble de la vue, ni sensation de sécheresse dans la gorge. Elle semble, en conséquence, pouvoir compléter les traitements notamment dans les troubles amyostatiques légers.

La cure d'apoatropine consiste à administrer le sel chlorhydrique *per os*, à la dose de 1 *mg.* trois fois par jour et à augmenter les doses de telle façon qu'au bout de 10 jours elles atteignent 10 *mg.* trois fois par jour. Ensuite, la progression est plus lente jusqu'au moment où on est arrivé à

la dose optimum ; à ce moment, il sera avantageux de recourir à la forme pilulaire.

P.-E. MORHARDT.

**Heinrich Lippelt** et **Werner Mohr**. ***Le diagnostic des affections filariennes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 48, 26 Novembre 1938, p. 1684-1689). — Etant donné que les filaires sont très répandus dans toutes les contrées tropicales du monde et même dans le sud de l'Europe, on doit admettre que les cas d'infestation par ce parasite doivent se rencontrer de plus en plus fréquemment dans les pays jusqu'ici indemnes et susciter ainsi des difficultés de diagnostic. Il devient donc nécessaire de disposer de méthodes de dépistation précises.

Les recherches sur l'immunité ont établi que les helminthes fabriquent, comme les bactéries, des toxines capables soit de tuer, soit de faire apparaître des anticorps. Fairley a montré à ce point de vue la possibilité de procéder, en ce qui concerne la bilharziose, à une réaction de fixation du complément. Ultérieurement, cette réaction fut étendue à d'autres helminthiases et elle a été reprise par L. et M. au cours d'une série de recherches. Des processus allergiques jouent en tout cas un grand rôle soit dans les échinococcoses, soit dans les filarioses. Les diverses filarioses donnent d'ailleurs lieu à des réactions diverses. Ainsi, par exemple, *Filaria perstans* n'entraîne qu'une éosinophilie peu importante. Les troubles provoqués par *Wucheria bancrofti* sont surtout mécaniques. L'infection à *Filaria loa* détermine une éosinophilie de 20 à 60 pour 100 et des tuméfactions dites de Calabar qui sont très caractéristiques. Un symptôme, connu sous le nom d'érysipèle côtier, est dû à *Onchocercus caecutiens*. Quant à *Dracunculus medinensis*, il est capable de déterminer des chocs anaphylactiques.

L. et M. ont été amenés à reprendre la méthode de Fairlay sous forme de cutiréaction pratiquée avec des extraits de parasites. Cette méthode — qui est décrite — a été appliquée à 42 sujets dont 6 infestés par *Filaria perstans*, 2 par *Filaria loa*, 1 par *Onchocercus caecutiens* et, enfin, chez 3 sujets provenant d'une contrée infestée par les filaires. Dans tous ces cas, la réaction a été positive. Par contre, chez les sujets témoins, atteints d'affections banales ou infestés par *Schistosomiasis jap*, par des ascaris, des ankylostomes ou des strongles, les réactions ont été négatives 10 fois et positives 20 fois. D'ailleurs les ankylostomes et les strongles sont connus pour donner parfois lieu à des réactions qui ne peuvent pas être considérées comme spécifiques. Inversement, un extrait de *Strongyloides stercoralis* a donné des résultats positifs notamment chez des sujets infestés par *Filaria perstans* et par l'ankylostome.

La recherche de la fixation du complément a été poursuivie dans 22 cas et on a constaté une réaction négative chez deux sujets présentant des filaires et donnant une cutiréaction nettement positive. Dans une autre série de 18 sujets présentant des infestations autres, on a constaté un certain nombre de réactions positives, notamment en cas d'ankylostome et de lymphogranulomatose.

Le transfert passif a été tenté selon la méthode de Prausnitz-Küstner et a donné deux fois sur trois un résultat nettement positif.

P.-E. MORHARDT.

**W. Stahel**. ***Le syndrome de Sjögren, hypovitaminose A*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 48, 26 Novembre 1938, p. 1692-1694). — Le syndrome de Sjögren, ainsi appelé du nom de l'ophtalmologiste suédois qui l'a le premier identifié, est caractérisé par une grande sécheresse de toutes les muqueuses, et par suite absence de larmes, kérato-conjonctivite sèche, xérostomie, rhino-pharyngo-trachéobronchite sèche avec difficulté de la déglutition, anhidrose, achylie gastrique. Ce syndrome affecte presque exclusivement les femmes après la ménopause et s'accompagne dans 80 pour 100 des cas de polyarthrite chronique déformante, généralement décrite sous le nom de périarthrite destructrice. S. a eu l'occasion d'en observer un cas qui présentait la symptomatologie au complet. Il s'agissait d'une femme de 64 ans qui, entre 30 ans et la ménopause, a présenté une polyarthrite déformante sévère et, après la ménopause, un syndrome de Sjögren typique. Malgré tous les traitements, cette femme finissait par devenir cachectique lorsqu'on eut l'idée de lui administrer quotidiennement 16.000 unités biologiques de vitamine A, médication qui détermina une amélioration rapide : disparition de l'inflammation des muqueuses, des troubles de la déglutition, de l'expectoration, de la conjonctivite, etc. Ces constatations ont amené S. à considérer le syndrome de Sjödren comme dû à une carence de vitamine A. De fait, les altérations oculaires constatées chez cette malade s'observent régulièrement en cas de carence de vitamine A, carence qui entraîne de la xérose non seulement de la cornée mais aussi de la conjonctive, de la kératinisation des glandes lacrymales, etc. Il en est de même d'ailleurs pour l'anacidité, les troubles de la tolérance des hydrates de carbone et l'anémie observés chez cette malade.

Il existe d'ailleurs certaines corrélations entre les besoins de vitamine A, la consommation de cette vitamine et les fonctions sexuelles sans que d'ailleurs on en arrive à s'expliquer exactement la nature de ces relations. Cependant, on peut, d'après S., admettre que la disparition fonctionnelle de l'hormone gonadotrope, avant ou après la ménopause, surtout quand il y a trouble de l'équilibre minéral, peut favoriser l'apparition d'une hypovitaminose A.

P.-E. MORHARDT.

**B. Rarei** et **H. Gummel**. ***Les échanges de prolan après extirpation de la rate*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 1721-1722). — Il existe des interrelations bien connues entre le lobe antérieur de l'hypophyse et les gonades. Plus récemment, Sauerbruch et Knake ont mis en évidence l'existence d'interrelations entre le lobe antérieur de l'hypophyse et la rate (voir *La Presse Médicale* du 9 Février 1938), caractérisées par une augmentation du prolan urinaire après splénectomie. R. et G. ont repris ces recherches chez 9 patients splénectomisés et chez des lapins dont la rate avait été enlevée trois mois auparavant. Il a été ainsi constaté que, dans les trois premiers mois après la splénectomie, on ne constate ni chez l'homme ni chez les lapins la présence de prolan dans l'urine. Par contre, au bout de quatre mois, le prolan apparaît chez l'homme à des doses variant de 70 à 100 unités souris.

La greffe de l'hypophyse de rats splénectomisés depuis quatre mois à des rats femelles infantiles de 38 *g*. n'a pas déterminé d'effets autres que les hypophyses de rats témoins.

Au total, ces résultats doivent être interprétés comme l'augmentation de prolan observée après la castration. D'autre part, les malades splénectomisés étaient dans un état de santé précaire, de sorte que, chez eux, la régulation hormonale n'était pas nécessairement ce qu'on observe chez les sujets sains. On ne saurait donc, actuellement, expliquer le mécanisme par lequel ce phénomène se produit.

P.-E. MORHARDT.

**Peter Hauptstein** et **Ulrich Otto**. ***Contribution au mode d'action du prolan*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 1724-1728). — Il a été tout d'abord recherché si le prolan fait apparaître dans l'organisme des antihormones. Pour cela, on injecta des doses croissantes de prolan à des rats femelles adultes qui furent sacrifiés au bout d'un certain laps de temps (49 à 68 jours après le début du traitement), soit après des doses globales variant de 1.600 à 2.400 unités-rat. Il fut constaté ainsi que les ovaires des animaux témoins pesaient 70 *mg*. et ceux des animaux traités étaient très augmentés, tout au moins au bout d'un traitement de 49 à 54 jours (1.600 à 1.800 unités-rat). Quand le traitement avait été prolongé plus longtemps, les ovaires avaient repris leur poids habituel. Le sang de ces animaux, injecté à des rats femelles infantiles, s'est montré capable d'inhiber l'action d'une certaine dose de prolan sur l'ovaire. Cette inhibition fut en général complète.

En reprenant ces recherches sur le lapin qui supporte mieux que le rat des prises de sang, on a pu constater que l'administration suffisamment prolongée de prolan à des doses variant de 350 à 1.400 unités-rat confère au sang une action antigonadotrope nette. Cette action inhibante persiste après chauffage à 56° pendant deux heures ; elle est possédée par le sérum sanguin et apparaît au cours de la 3e semaine sous l'influence d'une injection renouvelée tous les deux jours de 75 à 100 unités-rat.

Dans un cas il a été procédé à des recherches chez une femme à qui on avait administré, en 15 jours, 7.000 unités-rat de prolan. L'administration de 2 $cm^3$ du sérum de cette femme à des rats femelles infantiles n'a déterminé aucune inhibition. Il est possible que, dans ce cas, les doses aient été trop faibles et administrées pendant trop peu de temps pour déterminer l'apparition d'antihormones.

P.-E. MORHARDT.

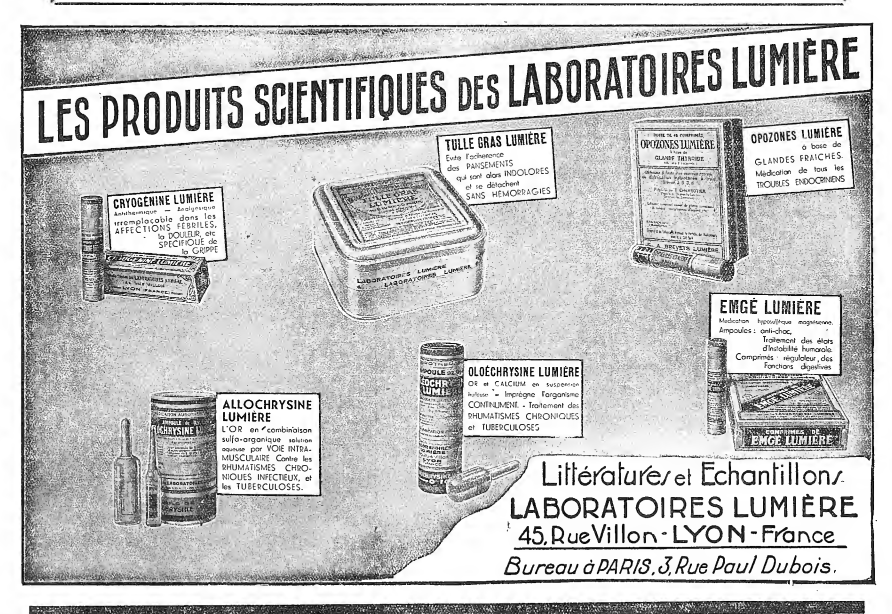
### *MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*

**Lemser**. ***Dans quelle mesure une prédisposition héréditaire latente pour le diabète peut-elle être mise en évidence par les épreuves de surcharge hydro-carbonée (Recherches expérimentales sur les jumeaux et les familles)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 43, 28 Octobre 1938, p. 1657-1661]. — Les sujets porteurs d'une hérédité diabétique sans aucune manifestation (hérédité latente homozygote) peuvent être étudiés au moyen d'épreuves de régime hydrocarboné. Ces tests démontrent que dans certains cas de minimes modifications de la courbe glycémique révèlent cette hérédité latente. En l'absence d'autres causes d'erreur, ces altérations rendent suspect le sujet qui en est porteur, surtout s'il présente des antécédents héréditaires diabétiques décelables. Ces malades doivent être surveillés médicalement d'autant plus que l'étude des jumeaux montre que ces facteurs diabétiques latents peuvent devenir manifestes sous l'influence de causes diverses (grossesse, régime, etc.). Selon les cas ces manifestations iront des anomalies accentuées de la courbe glycémique aux signes de diabète vrai.

Cependant des observations montrent que cette hérédité latente ne peut pas toujours être décelée par les épreuves glycémiques. En pratique il serait donc utile de rechercher et de mettre au point des méthodes de diagnostic plus précis.

G. DREYFUS-SÉE.

**Buhler** et **Hasselbach**. ***Diagnostic de l'échinococcose alvéolaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 43, 28 Octobre 1938, p. 1665-1668). — Quatre cas d'échinococcose multiloculaire du foie se présentaient avec une symptomatologie atypique rendant le diagnostic difficile. En pratique il semble qu'on doive songer à ce diagnostic en présence de sujets montagnards alpins, chez qui on trouve une tumeur hépatique sans tumeur primitive extrahépatique décelable et un ictère accentué, mais avec relativement peu de symptômes



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FEBRILES, la DOULEUR, etc SPECIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés · régulateur, des Fonctions digestives
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

subjectifs, sans anorexie, ni cachexie, de l'éosinophilie sanguine et des nodules calcifiés dans l'image radiologique de la tumeur, enfin une longue anamnèse.

Dans ces cas il importe au cours de la laparotomie exploratrice de ne pas se contenter du diagnostic de cancer métastatique du foie sans tumeur primitive décelable. Ce n'est en effet que l'examen histologique qui permet d'affirmer le diagnostic réel.

G. Dreyfus-Sée.

**Frensche.** ***Traitement des embolies artérielles par l'eupavérine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 45, 11 Novembre 1938, p. 1747-1748). — L'eupavérine, médicament antispasmodique, a été utilisé avec succès dans les coliques vésiculaires, ou urétérales, chez les constipés, et contre les crises d'angine de poitrine. Mais c'est surtout par son action inhibitrice sur le spasme vasculaire qui détourne une grande partie des accidents au cours des processus emboliques que son utilisation paraît intéressante. C'est ainsi que plusieurs observations relatent de bons résultats obtenus dans des embolies pulmonaires, une embolie de l'artère centrale de la rétine, une embolie artérielle des extrémités, etc.

Le cas observé par F. concernait un sujet ayant présenté une embolie brutale de l'artère poplitée, embolie paradoxale à travers le foramen ovale perforé. Le traitement antispasmodique utilisé (injections intraveineuses d'eupavérine) a permis la guérison quasi complète. Ce procédé thérapeutique paraît donc être indiqué avant de recourir aux procédés opératoires mutilants et non sans risques: embolectomie ou amputation.

G. Dreyfus-Sée.

**Buhler** et **Zettel.** ***Avortement thérapeutique chez les tuberculeuses pulmonaires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 45, 11 Novembre 1938, p. 1749-1752). — Les résultats observés chez 96 femmes enceintes tuberculeuses amènent B. et Z. à réviser certaines notions classiques concernant les indications de l'avortement thérapeutique.

A l'inverse de l'opinion courante, ils n'ont pas constaté que la survenue d'une grossesse réagisse sur l'évolution tuberculeuse pour l'aggraver. Au contraire dans de nombreux cas les malades semblent avoir présenté une amélioration inespérée de leurs lésions pulmonaires. Par conséquent il n'y aurait pas de rapport de causalité entre la grossesse et les phénomènes évolutifs bacillaires, et les auteurs admettent que l'aggravation aussi bien que l'amélioration de l'état clinique durant la gestation constituent de simples coïncidences. Cependant des causes antérieures de déficience générale organique peuvent être aggravées par la grossesse (décalcifications, lésions endocriniennes ou rénales) et dans ce cas celle-ci jouera un rôle indirect dans l'aggravation de la tuberculose.

Malgré les fréquentes difficultés concernant le pronostic de la tuberculose, les phénomènes évolutifs aigus à caractère exsudatif demeurent pourtant une indication d'avortement thérapeutique; celui-ci sera surtout indiqué si d'autres enfants vivants justifient des mesures destinées à sauvegarder la vie maternelle.

Pour les tuberculeuses non évolutives, les sclérosées anciennes, la grossesse n'est presque jamais un risque. Cependant il importe de laisser s'écouler un temps assez long avant d'autoriser le mariage et la grossesse, afin d'être assuré que les lésions sont bien réellement éteintes. Les recherches pratiquées sur nombre d'enfants nés de femmes tuberculeuses ont montré qu'ils sont en vie et bien portants.

G. Dreyfus-Sée.

**Lehmann.** ***Allaitement empêché ou interrompu par l'hormone folliculaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 46, 18 Novembre 1938, p. 1781-1783). — Les résultats des recherches expérimentales prouvent que les glandes mammaires se préparent à la lactation durant la grossesse sous l'influence de la folliculine placentaire. Après l'accouchement la diminution de cette hormone entraîne la perte de son action freinatrice sur l'hypophyse antérieure; celle-ci peut désormais produire son hormone de lactation qui détermine le flux lacté dans la glande mammaire mûrie antérieurement. La cause provocatrice directe de la lactation est donc la disparition de l'hyperfolliculinémie d'origine placentaire; si on réussit à éviter artificiellement cette chute folliculinique, l'action inhibante de la folliculine se poursuit sur l'hypophyse antérieure et empêche la sécrétion lactée.

C'est ainsi que L. a réussi à empêcher la montée laiteuse à l'aide de 100.000 unités de progynon B huileux, à condition de les injecter dans les 24 premières heures. En cas d'hémorragie importante durant l'accouchement la dose doit être plus élevée (150.000 unités) pour être efficace. L'arrêt de la sécrétion lactée a aussi pu être réalisé avec 24 mg. de progynon C par voie orale.

Enfin au cours de l'allaitement, la sécrétion peut être tarie par 1 ou 2 doses de 150 à 200.000 unités de progynon B huileux.

G. Dreyfus-Sée.

**H. Knaus.** ***La périodicité du cycle menstruel*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 48, 2 Décembre 1938, p. 1851-1856). — Les recherches modernes sur le rythme des menstruations ont montré que celui-ci ne pouvait être établi qu'après une observation individuelle très prolongée, le nombre de jours séparant les périodes menstruelles étant variable chez une même femme durant l'année. C'est ainsi qu'on ne peut plus parler scientifiquement de périodicité de 3, 4 ou 5 semaines, mais qu'il faut établir cette périodicité en jours, en indiquant ses limites extrêmes: par exemple, cycle de 23 à 27 jours. Ces données essentielles doivent être établies pour chaque femme grâce à des calendriers spéciaux qu'il y aurait avantage à diffuser.

L'influence lunaire sur la variabilité et la durée des menstruations peut être niée sur la foi de nombreux observateurs. La connaissance précise du rythme menstruel vrai établi sur une durée prolongée serait d'une grande utilité en ce qui concerne les prévisions de date des accouchements, en particulier chez des femmes à périodes longues on pourrait prévoir un accouchement plus tardif.

En outre il y aurait des relations nettes entre le cycle menstruel et la date d'ovulation, celle-ci se produisant 15 jours avant les règles.

G. Dreyfus-Sée.

**Kornmuller.** ***Recherches sur les variations de potentiel bioélectrique de l'écorce cérébrale en relation avec la clinique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 48, 2 Décembre 1938, p. 1856-1860). — La méthode de recherche de variations du potentiel bioélectrique est susceptible d'applications cliniques. On a pu démontrer que des modifications anormales de la tension bioélectrique se produisaient au niveau de zones circonscrites du cortex; cette méthode peut donc être utilisée pour le diagnostic de localisation des processus corticaux; ainsi chez des malades dont la lésion avait pu être établie cliniquement ou par exploration chirurgicale on a mis en évidence des aires circonscrites de diminution du potentiel électrique (en particulier dans des tumeurs ou des ramollissements corticaux).

On a réussi également à déceler des régions où se produisait une augmentation anormale du potentiel électrique; ainsi il a été possible de limiter exactement la zone d'excitation correspondant à une épilepsie symptomatique chez un enfant pour lequel l'exploration clinique avait échoué.

Cette méthode paraît devoir fournir de très intéressants résultats dans les recherches pathogéniques concernant les affections dites fonctionnelles. Déjà en ce qui concerne l'épilepsie des notions importantes auraient pu être établies.

G. Dreyfus-Sée.

**Keller.** ***Mise en évidence simple des bacilles tuberculeux par la lumière fluorescente*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **85**, n° 52, 30 Décembre 1938, p. 2024-2028). — L'examen microscopique en lumière fluorescente présente de très grands avantages tout d'abord en ce qui concerne le gain de temps (100 préparations sont examinées par la méthode usuelle, puis par la méthode de fluorescence; le temps nécessaire est de 126 minutes pour le premier examen, de 15 minutes pour le second).

La microscopie fluorescente repose sur le fait suivant: des préparations soumises à l'action d'une lumière invisible à courtes ondes sont susceptibles d'émettre ultérieurement une lumière à ondes plus longues qui constitue la fluorescence primaire et peut être vérifiée au microscope: la structure microscopique de la préparation devient également très visible.

Les éléments ou les préparations non susceptibles spontanément de devenir fluorescents peuvent être imprégnés par des substances cliniques fortement fluorescentes et émettent alors une fluorescence dite secondaire.

Ces examens nécessitent des microscopes spéciaux dont la source lumineuse est une lampe à arc émettant des radiations ultra-violettes intensives.

Cet appareillage présente cependant des inconvénients (irritation des muqueuses des observateurs, nécessité d'une surveillance très attentive et constante de la lampe, montage complexe et délicat de l'appareil le rendant très difficile à déplacer, cherté de l'appareil, etc.).

Diverses modifications techniques de l'appareillage ont permis à K. de simplifier cette méthode et de la rendre plus accessible en pratique grâce à l'utilisation de lumière visible. Cette méthode permet de se servir du microscope ordinaire et est par conséquent relativement peu onéreuse.

Les bacilles apparaissent en fluorescence jaune d'or sur un fond assez sombre, leur recherche est ainsi simplifiée, plus précise et plus rapide.

G. Dreyfus-Sée.

### FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig et Dresde)

**F. Beckermann** et **C. Popken.** ***Les sols iodés en vue d'obtenir l'opacification du foie et de la rate en radiologie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **58**, n° 6, Décembre 1938, p 519-535). — L'emploi de sol de thorium préconisé en 1929 par Radt et Oka en vue de réaliser l'opacification radiologique du foie et de la rate a dû être abandonné en raison de ses dangers cliniques.

Les qualités que doit présenter un produit de contrôle destiné à permettre la visibilité radiologique du foie et de la rate chez l'homme sont: une large innocuité, une opacification aussi nette et rapide que possible, sa répartition égale entre les deux viscères, son élimination rapide.

A ces desiderata répond un sol iodé mis au point dans le laboratoire de chimie du prof. Degkwitz, au cours de recherches sur les colloïdes.

Degkwitz a préparé un sol à base d'esters tri-iodés de l'acide stéarique, de forme sphérique, qui, par injection intra-veineuse, permet, en raison de sa teneur en iode, d'obtenir l'opacification du foie et de la rate.

On injecte lentement (3 $cm^3$ par minute), à la température du corps, 250 mg. d'iode par kilogramme corporel, en utilisant les veines du pli du

coude. L'opacification, qui se dessine au cours même de l'injection, atteint son maximum en 1 heure ou 1 h. 1/4, s'atténue ensuite progressivement, et disparaît en 24 heures. L'élimination du sol commence aussitôt et est pratiquement totale après 3 jours; elle se fait en majeure partie par la voie rénale sous forme de sel inorganique iodé.

Les clichés sont pris avant l'injection, 15, 45 et 75 minutes après (grille antidiffusante, compression, apnée, films 30×40).

Il n'y a que peu de phénomènes secondaires, d'ailleurs transitoires (céphalée, fatigue, rarement un état subfébrile et des vomissements, parfois manifestations d'iodisme).

Les premiers essais faits par cette méthode datent du printemps 1937. Les résultats qu'elle donne sont caractérisés, pour les organes normaux, par une opacité intense et homogène, à contours nets, permettant de les différencier nettement au milieu des tissus de voisinage. Lors de l'excrétion du produit il est habituel de distinguer la vésicule biliaire, les bassinets rénaux et la vessie.

*Les aspects sont variables dans les cas pathologiques.* C'est ainsi que dans le cancer métastatique du parenchyme hépatique on constate des zones de transparence multiples, de siège et de forme plus ou moins irréguliers, suivant le siège et la forme des métastases, et il est possible d'affirmer le diagnostic pourvu que ces métastases soient assez volumineuses.

Dans les affections des voies biliaires, on observe d'étroites bandes de clarté si l'infection en cause est due à des bacilles donnant des gaz. Dans le cas contraire, comme aussi dans l'abcès du foie, il existe une image lacunaire transparente avec d'étroites bandes de clarté.

Dans le cas où la totalité du parenchyme, hépatique ou splénique, est intéressée, l'opacité est nettement moins accusée que normalement; c'est ce que l'on peut observer dans la leucémie, la cirrhose hépatique, la maladie amyloïde. Dans la cirrhose avec ascite, le foie semble être librement suspendu dans la cavité abdominale, ses contours sont ondulés et irréguliers et présentent un aspect caractéristique. Dans les abcès sous-phréniques, on observe un déplacement du foie.

Cette méthode facilite enfin beaucoup le diagnostic différentiel dans les cas obscurs qui intéressent les régions du foie et de la rate.

Une seule injection suffit à opacifier les organes en vue, dont il devient aisé d'étudier la situation, la forme, les dimensions et même la structure.

Morel Kahn.

### *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*
### *(Sydney)*

**F. M. Burnet** et **M. Freeman** (Melbourne). ***Notes sur une série d'infections de laboratoire avec le Rickettsia de la fièvre « Q »*** (*The medical Journal of Australia*, an. 26, t. 1, 7 Janvier 1939, p. 11-12). — Un bactériologiste ayant présenté une maladie aiguë fébrile de 4 à 5 jours avec céphalée, douleurs abdominales, sans symptômes de catarrhe rhino-pharyngé et sans contact avec un grippé, on songea à la possibilité d'une infection de laboratoire, soit par le virus de l'influenza, soit par la fièvre à Rickettsia dite fièvre « Q ». La nature de l'infection fut révélée par les épreuves biologiques qui ne montrèrent dans le sérum de ce sujet aucune augmentation des anticorps antigrippe et une agglutination prononcée d'une émulsion de Rickettsia de la fièvre « Q ».

Des recherches sur le sérum des membres du laboratoire et de divers sujets travaillant à l'étage où étaient poursuivies les expériences sur la fièvre « Q » montrèrent que plusieurs d'entre eux présentaient des épreuves d'agglutination positives. On en conclut que les épisodes fébriles survenus chez ce sujet et attribués à l'influenza relevaient de cette infection de laboratoire.

Les souris servaient d'animaux de laboratoire pour les expériences; on trouva sur elles deux parasites, l'un le pou commun de la souris *Polyplax serrata* et un acarien suceur de sang, *Lyponissus bacoti*. Cet animal s'attaque parfois aux hommes et peut être considéré comme le vecteur responsable de l'infection, bien qu'on n'ait pas démontré expérimentalement son aptitude à la transmettre.

Robert Clément.

**D. J. W. Smith, H. E. Brown** et **E. H. Derrick** (Brisbane). ***Nouvelle série d'infections de laboratoire avec le Rickettsia de la fièvre « Q »*** (*The medical Journal of Australia*, an. 26, t. 1, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 13-14). — Deux bactériologistes de Brisbane ont contracté la fièvre « Q ». Dans les deux cas, le virus fut trouvé dans le sang des patients par inoculation au cobaye et présence d'agglutinine spécifique dans le sérum pendant la convalescence.

Ces deux infections peuvent être considérées comme ayant été contractées au laboratoire car elles sont survenues pendant les périodes où étaient poursuivies les expériences sur la souris. Cette circonstance est frappante parce que, jusqu'alors, on n'avait pas utilisé les souris pour ces recherches. Le cobaye seul avait été utilisé sur une très grande échelle. Auparavant de nombreux chercheurs avaient manié ces cobayes chaque jour pendant des mois, avaient fait des autopsies sans contracter la maladie. Les poux recueillis sur les cobayes infectés, ayant été inoculés à d'autres cobayes, ont reproduit l'infection. Il semble que les cobayes offrent moins de risques d'infections accidentelles que les souris et cela concorde avec l'affinité plus grande des tissus de la souris pour cette infection.

L'existence sur les souris en question d'un acarien suceur de sang qui attaque l'homme pourrait expliquer la transmission accidentelle à l'homme, cependant les deux cas étudiés étant survenus durant les mois d'hiver où l'on ne voit pas ces parasites, il est possible que la contamination se soit faite par contact direct avec les tissus des souris infectées.

Robert Clément.

**E. H. Derrick** (Brisbane). ***« Rickettsia Burneti » : L'agent de la fièvre « Q »*** (*The medical Journal of Australia*, an. 26, t. 1, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 14). — La fièvre « Q », observée au Queensland, est distincte des autres rickettsioses, il est bon de donner un nom spécial à l'organisme qui en est la cause et il est juste de choisir le nom de F M. Burnet qui a découvert cet agent pathogène.

*Rickettsia Burneti* est un organisme Gram négatif en forme de baguette. Il se colore bien par la technique de Giemsa et prend une teinte bleue par la méthode de Castaneda. Chez les animaux infectés, on le trouve seulement en amas intracellulaires. Il ne pousse pas sur les milieux bactériologiques courants. Sa dimension habituelle est de 1 μ de long et 0 μ 3 de large, mais il peut atteindre exceptionnellement 2 à 3 μ de long. Ses dimensions, sa forme, ses propriétés colorantes, son habitat intra-cellulaire, son incapacité à pousser sur les milieux de culture ordinaire le rapprochent des espèces connues de Rickettsia, c'est pour cela qu'on le range provisoirement dans ce groupe.

Un arthropode est soupçonné d'être l'hôte de *Rickettsia Burneti*, mais ce fait n'est pas encore établi.

Suit la bibliographie des recherches sur ce germe microbien.

Robert Clément.

### *LE SCALPEL*
### *(Bruxelles)*

**W. Smets.** ***Infarctus intestino-mésentérique segmentaire par choc d'intolérance. Infarctus pulmonaire*** (*Le Scalpel*, t. 91, n° 40, 1er Octobre 1938, p. 1287-1301). — Un homme robuste de 48 ans, n'ayant eu comme passé pathologique que 2 ou 3 crises d'urticaire dans les années précédentes, présenta des troubles digestifs qui débutèrent brusquement un soir par une douleur subite mal définie suivie d'un vertige et d'une syncope. Pendant 7 mois, il eut de temps à autre toujours le soir et au lit, entre 10 h. et minuit, de fortes douleurs non localisées, mais surtout épigastriques, sans vomissements, mais état nauséeux et envie d'aller à la selle. Après une phase de rémission, les phénomènes reprirent et un soir les douleurs se localisent brusquement dans la fosse iliaque droite; elles sont atroces et continues, s'accompagnant de nausées et d'épreintes. Une intervention d'urgence dans la région appendiculaire montre une tumeur de couleur aubergine constituée par la dernière anse iléale. Les lésions débutent à 10 travers de doigt de la valvule iléo-cæcale et s'étendent jusqu'à celle-ci. Le cæcum et l'appendice sont un peu congestionnés. Les lésions iléales consistent en un épaississement des parois; à l'intérieur il n'y a ni sang, ni matière, ni boudin d'invagination. Aucune trace de striction ni de torsion. Il s'agit d'un infarctus iléo-mésentérique segmentaire, sans obstruction vasculaire.

L'anse malade aspergée de sérum chaud, et après injection intramusculaire d'adrénaline, redevient rose et sa contractilité se réveille. Les artères mésentériques battent normalement. L'anse est réintégrée dans l'abdomen et les suites opératoires sont bonnes. Cependant un examen radiologique pratiqué 11 jours plus tard montre un relief pathologique, la désorganisation et l'effacement des plis de la muqueuse dans la portion juxtacæcale de l'intestin grêle. Dix jours après l'intervention, le malade fait un infarctus pulmonaire.

Le diagnostic porté a été celui d'infarctus par choc anaphylactique.

Robert Clément.

### *THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*
### *(Chicago)*

**H. Schmitz, H. E. Schmitz** et **J. F. Sheehan.** ***A propos de l'action de la rœntgenthérapie sous 800 KV, à doses données, sur le cancer du col de l'utérus*** (*Journal of the American Medical Association*, t. 112, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 17-22). — S., S. et S. se bornent, dans cet article, à étudier l'action des radiations sur la tumeur elle-même et les cellules néoplasiques. On pouvait penser que les modifications macroscopiques et microscopiques seraient fonction de la dose de rayonnement; ces modifications surviennent pendant le traitement même et se poursuivent un certain temps après, que l'arrêt de l'évolution du cancer ait été ou non obtenue.

Dans une telle étude, il y a lieu de tenir compte: 1° des facteurs conditionnant le rayonnement, et de la durée d'application de celui-ci. La dose à considérer étant le produit: intensité X temps; 2° des modifications visibles de la tumeur, le but à atteindre étant la disparition de celle-ci avec réparation anatomique de la région et épithélisation normale de cette dernière: 3° des modifications anatomo-pathologiques des cellules néoplasiques dont la disparition sans éléments résiduels de néoplasme est le but à réaliser.

*Dose:* les auteurs rappellent que les résultats favorables de l'irradiation dépendent de nombreux facteurs (index histologique de malignité, radiosensibilité, dose à la périphérie et au centre de la tumeur).

La dose peut être considérée comme le produit: intensité du rayonnement X temps d'irradiation. Dans leur pratique (800 kv., filtration de 10 mm. Cu, distance focus-peau de 70 à 86 cm., champs de 10 à 20 cmq.; longueur d'ondes de 0,028 Å en moyenne, débit de 36 à 44 r. minute, rendement de 54,5 pour 100 à 10 cm. de profondeur), les auteurs ont utilisé deux champs, pubien et sacré;

# SANAS

(GOUTTES)

EXTRAIT CONCENTRÉ VITAMINÉ DE FOIE FRAIS DE MORUE

**Produit Français fabriqué à Saint-Pierre-Miquelon**

**SANS TRACE D'HUILE** - Sans odeur ni saveur désagréables - Soluble dans tous les liquides aqueux.

**SE PREND EN TOUTE SAISON**

*INDICATIONS* : Rachitisme, Prétuberculose, Tuberculose, Chloro-anémie, Convalescences, Adénopathies, Anorexie, Déchéances organiques.

*DOSES* : Enfants : 1 à 4 gouttes par année d'âge. Adultes : 60 à 60 gouttes par jour.

*Littérature et Échantillons* : A. WELCKER et Cie, 22, Rue de l'Est, BOULOGNE (Seine).

# GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

**Antiseptique idéal interne et externe**

Inhalations - Emplois chirurgicaux

GOMENOL RUBEO - Aseptie du champ opératoire

GOMENOL SOLUBLE - Eau gomenolée

# GOMENOLÉOS

dosés à 2, 5, 10, 20 et 33 %

en flacons et en ampoules de 2, 5 et 10 cc.

**Tous pansements internes et externes**

**IMPRÉGNATION GOMENOLÉE**

par injections intramusculaires indolores

## PRODUITS PREVET AU GOMENOL

Sirop, Capsules, Glutinules, Rhino, etc.

toutes formes pharmaceutiques

***REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS***

**LABORATOIRE DU GOMENOL**, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X°

*Hors Concours, Membre du Jury : EXPOSITION PASTEUR, Strasbourg 1923.*

Désintoxication Générale de l'Organisme par le

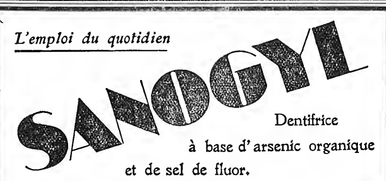
## FERMENT pur de RAISIN du Profr JACQUEMIN

*Source de DIASTASES et de VITAMINES*

Furonculose — Maladies de peau — Dyspepsie — Entérite — Diabète
Grippes — Rhumatismes — Insuffisances endocriniennes et nutrition.

Littérature et Échantillons à : INSTITUT JACQUEMIN, à Malzéville-Nancy.

*L'emploi du quotidien*




Dentifrice à base d'arsenic organique et de sel de fluor.

répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale

H. VILLETTE, & Cie, Pharmaciens, 5, rue Paul-Barruel, PARIS (15e)




LAIT SEC DEMI-ÉCRÉMÉ NON SUCRÉ

**Le plus comparable, par ses caractères physiologiques, au lait de femme. — Digestibilité parfaite.**

Le Lait DRYCO est l'aliment qui convient à tous les nourrissons.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LAIT SEC "DRYCO", 5, RUE SAINT-ROCH - PARIS

la dose de tolérance de la peau, pour 10 séances à 48 heures d'intervalle, est de 4.000 r.

Dans ces conditions d'application, la dose donnée à la tumeur intra-pelvienne est de 1.000 r. en 7 jours, 2.000 en 14, 3.000 en 21, 4.000 en 28 jours.

*Modifications locales:* Elles sont tout à fait comparables à celles qui ont été observées par des auteurs précédents après curiethérapie (Farrar, Neef, Stewart) ou après rœntgenthérapie sous 200 kv. (Ewing). De 7 à 10 jours après le début du traitement, hypérémie et injection des capillaires périlésionnels ; pendant la deuxième semaine, apparition d'une pseudomembrane blanchâtre cervicale; après 28 jours, nécrose locale avec décoloration consécutive vert-noirâtre du siège de la lésion; de 6 à 8 semaines plus tard, élimination du tissu nécrosé laissant une surface granuleuse. Dans les cas favorables, l'épithélisation se produit alors que la persistance d'un tissu granuleux friable est de pronostic défavorable.

La biopsie est indispensable pour savoir s'il s'agit de nécrose rœntgenthérapique, d'arrêt de l'évolution, de persistance du cancer, ou de récidive, qui nécessitent alors la reprise de l'irradiation, de préférence alors par curiethérapie, pour les auteurs (filtration de 2 mm. Pb + 1 mm. Al. ou 1 mm. Pt., 1.500 mgh RaE répétés une ou deux fois à une semaine d'intervalle).

*Modifications anatomo-pathologiques:* Après avoir cité quelques-uns des auteurs qui se sont occupés de ce problème, S., S et S. exposent les résultats observés après irradiation sous 800 kv. sur des pièces de biopsie prélevées avant le traitement, 7, 14, 21 et 28 jours après, puis tous les 15 jours pendant les trois mois consécutifs (biopsie par ponction, fixation au Bouin, coloration à l'hématoxyline-éosine).

Les résultats sont basés sur 14 cas, suivis dans les conditions précitées, et longuement exposés dans tous les détails de l'examen anatomo-pathologique en classant les cas en trois groupes d'après l'examen qui avait précédé le traitement: 1° formes de transition; 2° formes spino-cellulaires; 3° adénocarcinome colloïde.

De cette étude, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Il est possible de constater une action importante du rayonnement utilisé sur les cellules néoplasiques avec une action relativement peu importante sur les tissus normaux.

2° Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions du fait de la persistance quelques semaines après le traitement de cellules néoplasiques nettement dégénérées; c'est là une étude à poursuivre, mais il est permis d'admettre que ces cellules demeurent inertes puisque 50 pour 100 des tumeurs traitées depuis plus de quatre ans sont cliniquement arrêtées dans leur évolution.

3° De même, il est encore trop tôt pour apprécier rationnellement les résultats des biopsies systématiquement pratiquées. Cependant, des biopsies pratiquées à intervalles donnés après irradiation à dose connue d'une tumeur peuvent permettre de reconnaître les traitements mal conduits; les résultats observés doivent conduire à pratiquer de nouveaux traitements en vue d'améliorer les résultats cliniques.

Morel Kahn.

### BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

### (Baltimore)

**J. J. Abel, W. M. Firor et W. Chalian.** ***Recherches sur le tétanos : IX. Nouvelle contribution à la démonstration que la toxine tétanique n'est pas transportée aux neurones centraux par la voie des cylindraxes des nerfs moteurs*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 63, n° 6, Décembre 1938, p. 373-402). — Cet important travail résume les objections faites par de nombreux auteurs au cheminement de la toxine tétanique le long des cylindraxes et des nerfs moteurs pour atteindre les centres. Il expose le résultat d'expériences faites chez le chien et le lapin pour montrer que la toxine tétanique ne diffuse pas par voie nerveuse, mais par le sang et le système lymphatique comme la plupart des poisons.

La toxine tétanique a une double action que l'on peut dissocier. La première se fait sur les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle et se manifeste par les contractions tétaniques, la seconde résulte de la fixation de la toxine sur les éléments moteurs terminaux des muscles striés et est caractérisée par la rigidité musculaire.

Que le tétanos local résulte de l'action périphérique de la toxine tétanique est démontré par le fait qu'il est possible de rendre rigide les quatre extrémités d'un chien par l'injection intra-musculaire d'une dose minime de toxine (1/200 de la dose mortelle).

Une condition essentielle au développement de la rigidité tétanique est la tonicité normale des organes moteurs terminaux. La neurotonie produit une dépression immédiate et intense de la tonicité des jonctions neuromusculaires qui rend ces formations délicates insensibles à l'influence de la toxine tétanique.

Si aucun des faits expérimentaux ne peut être concilié avec la théorie de la conduction cylindraxique, on admettra que cette théorie est insoutenable. La rigidité tétanique est la réponse pharmacologique à l'action périphérique de la toxine.

Robert Clément.

### IL POLICLINICO [Sezione medica]

### (Rome)

**G. Borromeo** (Rome). ***Expériences cliniques avec l'insuline-zinc-protamine*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. 45, n° 6, 1er Juin 1938, p. 301-324). — B. a essayé dans 12 cas de diabète presque tous graves l'insuline-zinc-protamine; l'essai, d'autant plus significatif que 3 des malades avaient mal supporté l'insuline en raison de réactions hypoglycémiques et que 3 autres présentaient des complications infectieuses, a donné de bons résultats qui confirment les conclusions des auteurs scandinaves et américains. Sauf impossibilité, il y a intérêt à faire précéder le traitement d'une période d'observation de quelques jours pendant lesquels le malade est mis au régime qui sera continué au cours de l'insulinothérapie; à la fin de cette période, on détermine la courbe des variations de la glycémie pendant une journée ; si le « profil glycémique » est assez uniforme et si les repas ont une action nette sur la glycosurie, il est bon d'injecter l'insuline-zinc-protamine dans la matinée et de supprimer les hydrates de carbone du premier repas ; si, éventualité la plus fréquente, le profil va en s'élevant du soir au matin, il faut injecter l'insuline-zinc-protamine le soir de telle façon que son effet se fasse sentir le matin au moment où la glycémie tend à s'élever. Il ne faut pas administrer à un même malade l'insuline ordinaire et l'insuline-zinc-protamine, car on s'expose davantage aux accidents hypoglycémiques sans agir plus efficacement sur le diabète.

Lucien Rouquès.

**G. Bottari** (Rome). ***Observations sur le comportement de l'hydrémie chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. 45, n° 8, 1er Août 1938, p. 401-416). — B. a déterminé l'hydrémie chez une centaine de tuberculeux à des stades divers ; chez les sujets guéris, chez ceux qui ont des lésions stabilisées et chez ceux dont les lésions ne déterminent pas un état manifeste de toxémie, l'hydrémie reste normale; elle s'élève au contraire chez les tuberculeux qui présentent des signes d'intoxication générale et il y a un parallélisme grossier entre la gravité de ces signes et l'augmentation de l'hydrémie; chez les sujets dans un état très grave, à la veille de la mort, l'hydrémie peut atteindre 89 pour 100 au lieu de 79 pour 100, chiffre normal. Divers facteurs doivent sans doute intervenir pour modifier l'hydrémie des tuberculeux, mais les modifications des protéines plasmatiques peuvent seules être encore incriminées avec certitude.

Lucien Rouquès.

### ARCHIVIO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE

### (Bologne)

**A. Fieschi** (Pavie). ***Etude des mouvements appendiculaires (recherches sur l'appendice isolé)*** [*Archivio italiano delle malattie dell'apparato digerente*, t. 7, n° 4, Juin 1938, p. 367-378]. — F. a étudié graphiquement les mouvements d'appendices humains isolés maintenus dans du liquide de Tyrode oxygéné à 38°; seules, les contractions des fibres longitudinales ont été enregistrées, mais les plus importantes d'entre elles s'accompagnent d'une contraction des fibres circulaires. L'appendice présente de petites contractions qui se répètent rythmiquement au nombre de 3 par minute et des grandes contractions survenant toutes les deux ou trois minutes et durant une minute ou plus; la moitié distale de l'appendice a une activité motrice moindre que la moitié proximale. Les variations de la pression endo-appendiculaire déterminent des réactions toxiques de grande amplitude; la chute de la pression amène une contraction rapide et persistante; l'augmentation moyenne de la pression provoque une contraction rapide mais de courte durée; l'augmentation forte est suivie d'une baisse importante du tonus appendiculaire. Ces expériences confirment l'existence de rapports étroits entre la pression endo-cæcale et la motilité appendiculaire.

Lucien Rouquès.

### POLSKA GAZETA LEKARSKA

### (Lwow)

**H. Steinhaus.** ***De la localisation des corps étrangers profonds par la radioscopie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 18, n° 1, 1er Janvier 1939, p. 4-5). — Ce travail a trait au perfectionnement d'un dispositif de radioscopie étudié par S. Le principe qui sert de base à la construction de l'« introscope » a fait l'objet de publications antérieures dont une à l'Académie de Médecine de Paris, le 16 Mai 1938. L'appareil présenté par l'auteur a pour but la suppression des dessins et des calculs gênants au moment de l'intervention chirurgicale. Il cherche à créer chez l'opérateur l'illusion d'opérer sur un sujet dont les tissus sont pour ainsi dire transparents. Cette illusion sensorielle est obtenue grâce à l'emploi d'un miroir vertical semi-transparent fixé à l'écran radioscopique et d'un dispositif permettant le réglage de l'emplacement de l'image radiologique au point exactement symétrique au corps étranger. Lorsque le repérage est terminé il est facile d'atteindre le corps étranger pour le chirurgien qui opère avec l'éclairage habituel du jour, car l'appareil est muni d'un cryptoscope permettant à un assistant de procéder aux manipulations indispensables pour le repérage du corps étranger.

Fribourg-Blanc.

*MEDYCYNA*
*(Varsovie)*

**S. Jedrzejewski.** ***Traitement des complications de la blennorragie par la vaccinothérapie gonococcique intraveineuse*** (*Medycyna*, n° 23, 7 Décembre 1938, p. 881-884). — S'inspirant de son expérience clinique personnelle, J. estime que l'emploi du vaccin antigonococcique par la voie intraveineuse donne d'excellents résultats thérapeutiques dans de multiples complications d'origine blennorragique. Ce traitement trouve des indications particulièrement avantageuses dans la prostatite aiguë, l'épididymite et l'orchite aiguës au cours des processus inflammatoires tendineux de la même nature, enfin dans les périostites et les arthrites gonococciques.

La vaccinothérapie gonococcique intraveineuse est contre-indiquée chez les malades atteints simultanément d'affections des appareils circulatoire, respiratoire ou rénal. Son emploi est à écarter chez les diabétiques, dans l'épilepsie, dans la maladie de Basedow, dans l'asthénie, chez des malades anémiés et affaiblis, chez les vieillards et à la suite d'une méningite.

Fribourg-Blanc.

*SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*
*(Bâle)*

**L. Bischoff.** ***Diagnostic clinique et rœntgenologique de l'« Echinococcus alveolaris » du foie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 68, n° 53, 31 Décembre 1938, p. 1411-1415). — Chez une malade de 67 ans, suspecte de carcinome gastrique, l'examen clinique et rœntgenologique permit de faire des constatations grâce auxquelles on fit le diagnostic d'*Echinococcus alveolaris* du foie (augmentation de volume, nombreuses ombres en forme de taches de 2 à 10 *mm.* de diamètre répondant à des régions calcifiées). Cette malade paraissait présenter en même temps une tuberculose cirrhotique ancienne des poumons avec calcification. Au point de vue des commémoratifs, on doit noter que la malade possédait un chien qui était mort 15 ans auparavant après avoir beaucoup toussé et vomi.

L'interrogatoire de la malade apprit que 5 ans auparavant, elle avait fait une pleurésie qui était due à la rupture d'un kyste hydatique dans le poumon gauche. Il semble que dans l'*Echinococcus alveolaris*, la calcification soit très exceptionnelle et, comme on l'admet généralement, elle témoignerait dans ce cas de la mort du parasite. La réaction de fixation du complément (Weinberg-Ghedini) et la réaction précoce de l'épreuve intracutanée (Casoni-Botteri) ont été positives.

Chez cette malade, on a également constaté des processus calcifiés dans le poumon droit et dans la région du hile. On est donc amené à se demander si ceux-ci sont en relation non pas avec la tuberculose, comme on l'avait cru primitivement, mais avec l'échinocoque.

Cette affection ne semble pas être très rare en Suisse. On la rencontre entre Zurich et le Jura bernois (lieu d'origine de la malade) ainsi qu'à Genève et à Lausanne, tandis que dans les Alpes, elle est exceptionnelle.

P.-E. Morhardt.

*HELVETICA MEDICA ACTA*
*(Bâle)*

**P. Decker.** ***Le traitement par déshydratation des états cérébraux traumatiques diffus*** (*Helvetica Medica Acta*, t. 5, n° 6, Décembre 1938, p 808-817). — Dans beaucoup d'états traumatiques cérébraux caractérisés par un désordre des fonctions vitales (conscience, fréquence du pouls, tension artérielle, température, respiration) la vie du malade est souvent en danger bien que, en cas de décès, l'autopsie ne révèle pas de destruction localisée. Pour expliquer ces phénomènes, on a souvent invoqué de l'hydrocéphalie par exagération de la dialyse du liquide au niveau des plexus choroïdes, par diminution de la résorption, par méningite séreuse, par blocage de l'aqueduc ou du 4ᵉ ventricule, par œdème de voisinage, etc. Quelle que soit la cause, il y aurait augmentation de la tension intracranienne ayant pour conséquence vraisemblable et importante une stase circulatoire avec ischémie du cerveau.

Les mesures thérapeutiques envisagées en pareil cas (drainage spinal, sous-occipital ou temporal, ponction ventriculaire, trépanation) ont été fort diversement appréciées. Malgré l'opinion de certains auteurs, comme Cushing ou comme Cl. Vincent, ces interventions n'ont généralement pas très bonne presse.

Par ailleurs, une autre hypothèse, proposée pour expliquer ces états diffus, fait appel à l'œdème cérébral qui serait capable à lui seul de désorganiser les fonctions cérébrales sans l'intervention de l'hypertension. On serait ainsi amené à penser qu'il faut chercher à soustraire une fraction des liquides existants dans la cavité cranienne (liquide céphalo-rachidien ou liquide interstitiel) en recourant à la déshydratation par osmothérapie. Des expériences ont d'ailleurs montré que l'injection intraveineuse de solutions hypertoniques diminue le volume des liquides intracraniens. En cas d'intervention pour tumeur, on voit, en effet, le cerveau se ratatiner littéralement sous l'influence d'une injection intraveineuse de solution hypertonique.

Cette méthode, utilisée par D., s'est d'ailleurs montrée fort utile. Les cas de traumatisme cérébral ainsi traités entre 1934 et 1937 dans la clinique de D. permettent de se faire sur ce point une opinion rationnelle. Parmi les malades de ce groupe figurent tous ceux qui ont présenté une perte de connaissance par commotion cérébrale, exception faite des sujets qui sont morts moins de 3 heures après leur admission. Pour les 148 malades observés entre 1934 et 1935 et qui n'ont pas été soumis à la déshydratation, la mortalité a été de 17,5 pour 100. Pour les 172 malades observés en 1936 et en 1937, traités très largement par déshydratation, la mortalité a été de 11,6 pour 100. La relation qui existe entre ces deux pourcentages montre que, par déshydratation, un tiers de ceux qui étaient menacés de mort a été sauvé. Par ailleurs, la fréquence des interventions n'a pas été plus grande d'une période à l'autre, de sorte que ces chiffres amènent à penser que la déshydratation peut être bien souvent utile soit comme méthode unique, soit comme méthode adjuvante.

P.-E. Morhardt.

*PRAXIS*
*(Berne)*

**W. Hadorn et M. Streit.** ***Considérations sur l'épidémie de poliomyélite de l'année 1937*** (*Praxis*, t. 28, n° 4, 26 Janvier 1939, p. 49-59). — L'épidémie dont il est question a provoqué dans le canton de Berne 438 cas avec une mortalité de 9,6 pour 100. Cette proportion est plus faible que celle qui avait été constatée en 1923 (13,3 pour 100) et en 1936 (15,9 pour 100). La plupart des 40 malades observés par H. et S. (Hôpital Tiefenau) étaient âgés de plus de 15 ans.

Dans le seul cas où l'incubation a pu être déterminée, elle aurait été de 6 jours. A la phase de généralisation, il a été constaté une atteinte de l'état général avec lassitude, faiblesse prémonitoire, mal de tête (71 pour 100), de la constipation (50 pour 100), de la fièvre (30 pour 100), de l'insomnie (71 pour 100), de la tachycardie (52 pour 100). Une rémission nette a été constatée 25 fois. A la phase méningée ou préparalytique, on a constaté de la raideur de la nuque (91 pour 100), le signe de l'épine dorsale (72 pour 100), le signe de Lasègue (62 pour 100), le signe de Kernig (54 pour 100) et le signe d'Amoss (25 pour 100).

La pression rachidienne n'a été élevée que dans 7 cas; le nombre des cellules n'a pas été proportionnel à la gravité des symptômes et la constatation de chiffres normaux n'a pas permis d'exclure le diagnostic de poliomyélite. De même, la prépondérance des leucocytes, au début, ne constitue pas la règle. Le seul symptôme qui se soit constamment manifesté est l'augmentation des protéines totales qui a dépassé 28,8 mg. pour 100 g. Parmi les phénomènes d'irritation sensibles caractéristiques figurent le fourmillement dans les extrémités et des douleurs musculaires. L'augmentation de volume des ganglions de l'angle du maxillaire, la laryngite et l'amygdalite ont été fréquentes. La proportion des divers groupes sanguins a été identique à ce qui est observé d'une façon générale dans la population bernoise.

Au point de vue de la pathogénie, H. et S. remarquent que, comme d'autres auteurs l'ont déjà indiqué, les sujets atteints de poliomyélite se recrutent pour une grande part chez les sportifs. Ce sont souvent les muscles qui travaillent le plus qui sont les plus atteints. Le surmenage créerait dans la moelle un lieu de moindre résistance. Sur ces 40 malades, il a été observé 6 décès.

Parmi les affections avec lesquelles la poliomyélite aurait pu être confondue, figurent le rhumatisme infectieux, le rhumatisme scarlatineux, la scarlatine, la méningite, la maladie des jeunes porchers, la méningite à streptocoques, etc.

En ce qui concerne la thérapeutique, 39 malades ont été traités avec du sérum dont 25 (64,1 pour 100) ont guéri complètement sans paralysie. Le degré d'invalidité à la sortie de l'hôpital n'a atteint 75 pour 100 que dans un cas.

Au point de vue prophylactique, il y a lieu de penser à l'insolation qui favorise également la maladie des jeunes porchers, aux affections inflammatoires de l'appareil digestif ou respiratoire et, enfin, au surmenage.

Le sérum de convalescents ou de contacts ne semble pas se montrer toujours efficace mais doit néanmoins être utilisé.

P.-E. Morhardt.




LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

# REVUE DES JOURNAUX

## CONCOURS MÉDICAL (Paris)

**E. Chabrol, J. Sallet** et **J. Blanchard.** ***L'action diurétique de l'urée chez les cirrhotiques*** (*Le Concours Médical*, t. **61**, n° 11 *bis*, 15 Mars 1939, p. 753-760). — On a pu se demander si l'oligurie des cirrhotiques n'était pas due à la faible élaboration de l'urée chez ces sujets qui prive la glande rénale de son excitant physiologique. C., S. et B. ont repris l'étude du pouvoir diurétique de l'urée au cours des cirrhoses du foie en administrant cette substance au même malade, tantôt par voie buccale, tantôt par voie veineuse par la technique des injections lentes et continues.

Sur le débit aqueux, l'urée n'a pas eu chez les cirrhotiques l'action brillante dont s'est émerveillé Klemperer. Pour 10 *g.* d'urée administrés en 60 minutes par voie veineuse, le débit horaire des urines ne s'élève que momentanément de 15 $cm^3$ à 72 $cm^3$, et il faut faire la part des 250 $cm^3$ de sérum physiologique qui ont servi de véhicule d'apport. Le volume de 24 heures, qui était de 368 $cm^3$ avant, ne dépasse point 567 $cm^3$ le jour de l'expérience. Avec 30 *g.* d'urée, le volume des urines des 24 heures passe de 480 à 1.480 $cm^3$.

Sur les composés azotés de l'urine, l'observation la plus favorable montre une élévation du taux de l'urée au litre de 16,5 avant à 17,9 dans les 24 heures suivantes.

Les injections intra-veineuses d'urée ont toujours entraîné des variations appréciables de l'azotémie. Elles se sont traduites au bout d'une heure par des ascensions de 0 *g.* 23 à 0 *g.* 59 pour une dose de 10 *g.*; de 0 *g.* 27 à 0 *g.* 75 pour une dose de 20 *g.*; de 0 *g.* 32 à 1 *g.* 07 pour une dose de 30 *g.* Lorsque l'injection n'est pas renouvelée, l'urée sanguine retombe en moins de 24 heures à son chiffre initial. Après l'absorption pendant 10 jours consécutifs d'une dose quotidienne de 30 *g.* d'urée, le taux de l'azotémie était encore de 0 *g.* 60 24 heures après la suppression du toxique. Les variations de l'azote total et de l'azote résiduel du sang suivent assez étroitement les variations de l'azote uréique.

Ces expériences sur l'action diurétique de l'urée ont été décevantes: les diurèses ont été médiocres et, 2 fois sur 6, après 4 jours.

ROBERT CLÉMENT.

## PARIS-MÉDICAL

**G. Milian.** ***Les indications du traitement de la syphilis héréditaire*** (*Paris Médical*, t. **29**, n° 9, 4 Mars 1939, p. 206-212). — « Il n'y a pas de question plus délicate en thérapeutique que celle du traitement de la syphilis héréditaire. »

Le traitement préventif est le meilleur et le plus efficace. Le traitement de la mère doit être commencé avant la grossesse et, de toutes façons, continué pendant la grossesse. Le traitement de la femme enceinte doit consister en plusieurs cures successives pour ainsi dire ininterrompues, une de bismuth, une de novarsénobenzol intra-veineux et une cure mercurielle. Ce traitement a une grande efficacité sur la procréation d'un enfant sain.

Le traitement curatif de la syphilis floride du nouveau-né ou du nourrisson consiste en frictions mercurielles, injections intra-musculaires de sulfarsénol.

Lorsque l'enfant est d'apparence normale et les parents atteints de syphilis avérée, la question du traitement antisyphilitique est plus discutée. M. est partisan d'une thérapeutique systématique.

ROBERT CLÉMENT.

## LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

**R. Demarez** et **M. Linquette.** ***A propos de 500 infiltrations du sympathique lombaire*** (*Le Progrès Médical*, t. **67**, n° 4, 28 Janvier 1939, p. 113-117). — Après avoir exposé la technique de l'infiltration anesthésique du sympathique lombaire, D. et L. envisagent le mode d'action et les indications de cette méthode thérapeutique.

La suppression physiologique du sympathique lombaire par l'injection anesthésique entraîne une vaso-dilatation. Quelques minutes après l'injection, l'indice oscillométrique augmente ainsi que la tension maxima; la minima suit avec un certain retard et est même diminuée dans les cas heureux. Il n'y a aucune répercussion sur la tension artérielle générale, mais un effet contro-latéral sur le côté opposé.

Les injections intra-dermiques d'histamine et d'acétylcholine mettent en évidence une vaso-dilatation artériolaire et capillaire par augmentation des aires érythémateuses. Dans 15 cas sur 20, le temps de résorption de la boule d'œdème (épreuve d'Aldrich) a été diminué.

L'étude des courbes oscillométriques montre que les effets de la scurocaïnisation du sympathique persistent plus longtemps que l'action anesthésique. Après la première instillation, la sédation des symptômes dure de 18 à 20 heures, elle se prolonge avec la répétition des injections.

L'anesthésie du sympathique lombaire est indiquée dans les syndromes algiques des membres inférieurs et dans les syndromes vasculaires: artérite oblitérante, phlébites, œdèmes post-phlébitiques, algies par hypotonie veineuse, ostéoporose et troubles physiopathiques post-traumatiques. Dans ces diverses affections, on a obtenu des résultats favorables.

ROBERT CLÉMENT.

## REVUE MÉDICALE FRANÇAISE (Paris)

**E. Azerad.** ***L'hormone mâle et ses applications thérapeutiques*** (*Revue Médicale française*, t. **20**, n° 2, Février 1939, p. 109-118). — L'hormone mâle peut être employée en thérapeutique comme une médication substitutive dans les états d'insuffisance sexuelle, comme antagoniste dans certaines affections gynécologiques, comme dynamogénique dans les asthénies et quelques autres états.

L'action substitutive de l'hormone mâle est utile dans les états purement fonctionnels d'insuffisance gonadique et dans ceux qui s'accompagnent de modifications physiques et morphologiques. De brillants résultats ont été obtenus chez les sujets ayant subi la castration chirurgicale et chez ceux atteints d'atrophie testiculaire primitive ou secondaire. Dans les retards de la puberté et les syndromes adiposogénitaux de la période prépubère, les injections d'hormone mâle font apparaître les caractères sexuels secondaires, la taille augmente même chez quelques sujets; par contre, l'obésité ne régresse pas et peut même s'aggraver. Son action n'est pas évidente sur les testicules. En ce qui concerne l'ectopie testiculaire, le traitement par l'hormone mâle est bien inférieur à celui par les hormones gonadotropes.

Dans la sénilité normale ou précoce, les résultats sont objectifs et les bienfaits de la médication ne sont pas forcément spécifiques. Dans les états purement fonctionnels de l'insuffisance génitale, dans l'impuissance sexuelle primitive essentielle, dont la cause nous échappe généralement et est probablement d'ordre psychique, il faut être très circonspect.

L'action antagoniste de l'hormone mâle trouve son emploi dans l'hypertrophie de la prostate, dans les ménorrhagies, les fibromes utérins, les mastopathies chroniques. Sur l'hyperthyroïdie chez la femme et les goitres, l'efficacité est discutable. Dans les asthénies aussi bien chez les gens âgés que chez les jeunes, l'hormone mâle a un effet dynamogénique intéressant. On a encore vanté ses bienfaits dans l'acné et l'hyperglycémie.

ROBERT CLÉMENT.

**Etienne Bernard** et **J. Boyer.** ***Ostéose cancéreuse diffuse et réaction parathyroïdienne*** (*Revue Médicale française*, t. **20**, n° 2, Février 1939, p. 121-129). — Chez une femme de 74 ans, atteinte depuis longtemps d'un squirrhe mammaire ayant donné des métastases dans la plupart des os, on trouva en outre un petit adénome parathyroïdien. L'intensité et l'étendue de l'envahissement osseux justifient l'appellation nouvelle d'ostéose cancéreuse diffuse.

Quatre autres observations sont rapprochées de celle-ci: celle d'une femme de 49 ans, opérée depuis 18 mois d'un cancer du sein et présentant de très nombreuses métastases viscérales, chez laquelle existait une hypertrophie parathyroïdienne importante due à une hyperplasie et non à un adénome et une atteinte du lobe postérieur de la pituitaire; un myélome multiple avec hypercalcémie, calcification métastatique et hyperplasie parathyroïdienne légère; un envahissement du squelette par métastase d'un cancer de la prostate, avec légère hypercalcémie et hyperplasie parathyroïdienne; enfin, un autre cas de métastase osseuse de cancer du sein, avec microadénome parathyroïdien.

Dans ces divers cas, on peut conclure que l'hyperparathyroïdie discrète ne retentit pas sur le squelette. Elle n'est pas antérieure à l'envahissement néoplasique des os et paraît plutôt secondaire à la destruction osseuse provoquée par le cancer. Il est difficile de savoir pourquoi les parathyroïdes s'hypertrophient au cours de ces néoplasmes décalcifiants et envahissants du squelette.

ROBERT CLÉMENT.

## L'ALGÉRIE MÉDICALE (Alger)

**P. Goinart.** ***Nouveaux faits sur la splanchnicotomie pour dolichocolon*** (*L'Algérie Médicale*, t. **43**, n° 134, Février 1939, p. 57-60). — Chez une jeune femme de 24 ans, présentant un dolichosigmoïde considérable, la section du nerf splanchnique gauche améliora l'état fonctionnel intestinal et l'état général en 2 mois, sans modifications radiologiques; 6 mois après, la guérison clinique se maintient; radiologiquement, 2 litres de lavement opaque sont encore admis par le côlon, bien que le dolichosigmoïde paraisse réduit d'un tiers. Après 10 mois, le sigmoïde a des

dimensions normales, 1 litre 1/2 de liquide suffit à remplir le côlon.

La même opération dans un cas analogue supprima la constipation et transforma l'état général bien que le ballonnement abdominal persistât; 5 mois plus tard, la malade souffrant de la région iliaque gauche, une laparotomie montra le côlon transverse très allongé, le sigmoïde atteint de mésosigmoïdite, mais à peine plus long que la normale. Deux brides étoilées furent excisées: la malade va bien.

Ces résultats si remarquables se maintiendront-ils ? En tout cas, la splanchnicotomie est une intervention plus bénigne et moins délabrante que la résection colique; elle semble constituer un traitement efficace des dolichocolons qui ne sont pas justiciables du traitement médical ou qui lui résistent.

Robert Clément.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**R. Duperié, R. de Lachaud** et **J. Dubarry.** ***Myélose aplastique globale consécutive à un traitement arsenical (pentavalent)*** [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 2, 8 Janvier 1939, p. 20-22]. — Chez une jeune fille de 22 ans, un état d'anémie grave avec syndrome hémorragique et mononucléose s'aggrava progressivement. Les amygdales, d'abord rouges et tuméfiées, se couvrirent de fausses membranes, s'accompagnèrent d'une réaction ganglionnaire et prirent finalement un aspect sphacélo-membraneux. L'absence de bacille diphtérique, l'augmentation progressive de la mononucléose firent poser le diagnostic de syndrome hémorragique avec agranulocytose.

Malgré la thérapeutique instituée (11 injections intra-veineuses de nucléotide de pentose à 10 $cm^3$ associées à une hépato-thérapie intensive) l'état ne fit qu'empirer et la mort survint à la suite d'une importante hémorragie intestinale.

Cette jeune fille ne présentait aucun antécédent pathologique. Elle avait absorbé dans les semaines qui ont précédé les accidents, à titre de tonique général, 14 *g.* de stovarsol, à raison de 2 comprimés de 0 *g.* 25 par jour, pendant 28 jours sans interruption.

Les accidents sanguins dus aux arsenicaux pentavalents ne sont pas fréquents, cependant quelques observations ont été rapportées. La dose est importante, mais des doses plus considérables ont pu être utilisées impunément dans le traitement de la paralysie générale. On peut se demander s'il s'agissait chez cette malade d'une intolérance ou d'un facteur constitutionnel imprécis comme une fragilité spéciale du système hématopoïétique, ou d'une infection réveillée par biotropisme.

Robert Clément.

**R. Saric.** ***L'épreuve d'hypoglycémie provoquée par injections intraveineuses d'insuline dans les diabètes bronzés*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 6, 5 Février 1939, p. 82-91). — L'épreuve d'hypoglycémie insulinique par voie veineuse, chez les sujets atteints de diabète bronzé, fournit des tracés différents de ceux observés chez les diabétiques sans cirrhose et sans mélanodermie.

Le plus souvent, on observe un ralentissement de la chute et de la réascension sans que la valeur absolue de la dénivellation soit moindre. La lenteur extrême de la phase de restauration entraîne une prolongation anormale de l'état hypoglycémique, ce qui explique la fréquence des accidents d'hypoglycémie au cours du diabète bronzé traité par l'insuline. Il faut donc administrer des doses de glucose plus fortes et, en raison du retard dans la production de l'hypoglycémie maxima, injecter l'insuline plus longtemps avant le repas que chez un diabétique ordinaire.

Ces caractéristiques paraissent en rapport avec les lésions cirrhotiques du foie, facteur d'un déficit des réserves glycogéniques. Peut-être intervient aussi l'insuffisance des hormones hyperglycémiantes, spécialement de l'hormone surrénale.

Dans quelques cas, à la suite de l'injection intra-veineuse d'insuline, l'évolution est différente: la phase d'assimilation reste lente et la phase de restauration anormalement prolongée et, en outre, la dénivellation est inférieure à celle que l'on observerait chez un diabétique ordinaire. Cette réduction de la chute glycémique ne paraît pas en rapport avec la cirrhose hépatique, elle dépendrait plutôt d'un hyperpituitarisme associé. Cela a pu légitimer l'emploi de la radiothérapie hypophysaire et même suggérer l'emploi d'une thérapeutique pluri-hormonale.

Robert Clément.

**F. Chertin.** ***L'emploi de l'adrénaline dans le traitement des spirochétoses bronchiques rebelles à la thérapeutique classique*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 7, 12 Février 1939, p. 100-102). — Un soldat de 20 ans atteint d'une forme aiguë, tenace, sans rémission prolongée, de spirochétose bronchique à début hémoptoïque, ne fut guère amélioré par les thérapeutiques classiques. Pendant une première période d'un mois, la température présenta un type continu entre 38° et 38°5. Des injections de novarsénobenzol tous les 4 jours à doses croissantes jusqu'à 0 *g.* 45, des injections de cyanure de mercure à 0 *g.* 01, l'absorption de 0 *g.* 50 de stovarsol par jour et de 4 *g.* de chlorure de calcium firent disparaître la fièvre, réduisirent l'expectoration à quelques crachats hémoptoïques contenant de très rares spirilles. Puis la température remonta à 39°, sans atteinte de l'état général. Le novarsénobenzol fut continué et les doses portées à 0 *g.* 60, 0 *g.* 75 et 0 *g.* 90 (3 fois), le cyanure remplacé par du « Quinby » soluble (2 injections par semaine). A part une légère amélioration qui ne dure pas, l'évolution continue et l'anémie progresse.

Dans la troisième phase, on institua l'administration par la bouche de 2 fois XV gouttes par jour d'adrénaline au millième, et en abandonnant les autres médications. En 4 jours, tous les phénomènes disparurent.

Robert Clément.

### GAZETTE MÉDICALE DE NANTES

**Boquien, Lucas** et **Chauvin** (Vigneux). ***Trois cas d'anémie hémolytique aiguë. (Maladie de Lederer-Brill)*** [*Gazette médicale de Nantes*, t. 51, n° 12, Décembre 1938, p. 543-553]. — Chez une jeune fille de 27 ans, l'anémie hémolytique aiguë débuta brusquement par des frissons, des vomissements alimentaires et bilieux, une violente douleur abdominale diffuse, mais prédominant à droite et une température de 40°. Après plusieurs transfusions, l'état s'améliora, la fièvre baissa peu à peu en une vingtaine de jours. Après une période de 6 semaines avec état général satisfaisant survint une rechute, nouvelle poussée d'anémie fébrile qui fut beaucoup moins grave que la première atteinte.

Les deux autres cas survinrent chez deux sœurs âgées de 16 et 13 ans. Elles avaient une hérédité hépatique. La grand'mère maternelle ayant une cirrhose de Hanot, ainsi qu'une tante; la mère une insuffisance hépatique.

Dans ces deux cas, la période d'incubation peut être précisée puisque l'une des sœurs contracta la maladie 9 jours après l'autre.

Le tableau clinique était typique. Le diagnostic différentiel est relativement facile.

La pathogénie de la maladie de Lederer-Brill est encore très obscure. L'étiologie infectieuse semble la plus probable; cependant tous les essais pratiqués pour découvrir l'agent pathogène ont échoué.

La transfusion associée à l'hépatothérapie transforme souvent le tableau d'une façon rapide. La transfusion peut être rendue difficile du fait du collapsus veineux périphérique.

Robert Clément.

### MAROC MÉDICAL (Casablanca)

**M. Beros.** ***Prophylaxie du typhus à Casablanca*** (*Maroc Médical*, t. 18, n° 188, Décembre 1938, p. 485-493). — Sur 258.000 habitants, la population indigène de Casablanca entre pour 185.000. Au point de vue épidémiologique, la population flottante semi-nomade est l'élément le plus dangereux pour la population européenne.

Pour rendre la ville moins sensible aux épidémies de typhus, il faut séparer le mieux possible les Européens des indigènes, ramener le taux des divers éléments de la population indigène à des chiffres normaux, supprimer les miséreux, donner à cette population, redevenue normale, des logements salubres, surveiller tout spécialement les points d'arrivée et les points d'hébergement des suspects, réorganiser les services de voirie et de police des divers secteurs, éduquer la population urbaine et suburbaine par des causeries et des tracts.

Parmi les Européens, il a été déclaré au Bureau d'Hygiène, en 1937, 26 cas de typhus exanthématique et 9 décès; en 1938, 155 cas et 51 décès. On peut estimer approximativement les décès par typhus chez les musulmans: en 1937, à 982; en 1938, à 1.919; et chez les israélites: en 1937, à 149; et en 1938, à 257. On voit l'importance et l'urgence qu'il y a à pratiquer des mesures prophylactiques et notamment à limiter les déplacements humains et fixer et loger convenablement une importante population indigène vivant plus ou moins en campement autour de la ville.

Robert Clément.

### LYON MÉDICAL

**M.-L. Bonnet, Morenas** et **Contamin.** ***Cysticercose musculaire et probablement cérébrale : diagnostic radiologique et humoral*** (*Lyon Médical*, t. 162, n° 8, 19 Février 1939, p. 205-209). — Une femme de 61 ans ayant présenté une tuméfaction douloureuse au niveau de l'avant-bras gauche avec faiblesse et raideur des muscles voisins, on fit une radiographie qui montra un épaississement considérable du cubitus avec condensation osseuse et petites taches claires; d'autre part, il existait dans tout l'avant-bras un semis de nodules irrégulièrement opaques de la grosseur d'un plomb à un grain de pois. L'intra-dermoréaction de Casoni fut franchement positive et l'examen de sang montra une éosinophilie de 4,5 pour 100. Dans l'histoire de cette malade, on trouvait une urticaire intense à l'âge de 12 ans, une fracture du cubitus à 14 ans, l'ablation d'une petite tumeur voisine de cet os à 30 ans, la persistance de douleurs et parfois de tuméfaction dans cet avant-bras. Ce n'est qu'à 61 ans qu'elle fit des crises d'épilepsie jacksonienne d'abord frustes, puis plus importantes avec chute et perte de connaissance.

L'image radiologique plurinodulaire de l'avant-bras et l'histoire de la malade fit admettre l'existence d'une cysticercose, probablement très ancienne et dont l'épilepsie jacksonienne était une manifestation récente. L'ablation, 30 ans avant, d'une petite tumeur de l'avant-bras, considérée comme un névrome, la calcification des petites tumeurs musculaires semblent indiquer que le parasitisme par les cysticerques remonte au moins à plus de 30 ans. Peut-être même les crises urticariennes survenues à 12 ans et la fracture du

cubitus à 14 ans doivent-elles être rattachées à cette étiologie.

Cette femme avait toujours habité le sud-est de la France.

ROBERT CLÉMENT.

### LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL
### (Marseille)

**L. Cornil** et **A. Rouslacroix.** ***Modifications sanguines constatées dans le personnel d'un centre anti-cancéreux*** (*Le Sud médical et chirurgical*, t. 70, n° 2210, Décembre 1938, p. 811-823). — Cette étude porte sur 36 femmes et 4 hommes employés au centre anti-cancéreux de Marseille, dont 2 ont plus de 7 ans de service ; 8 : 6 à 7 ans ; 7 : 4 à 6 ans ; 12 : 2 à 4 ans ; 9 : 6 mois à 2 ans, 2 moins de 6 mois.

La formule hémoleucocytaire reste normale dans un certain nombre de cas chez les sujets employés à titre professionnel dans un centre de radiothérapie et de curiethérapie. Mais le plus souvent, on constate l'instabilité du nombre et de la qualité des éléments figurés du sang.

D'ordinaire, les hématies subissent une augmentation qui peut atteindre une véritable polyglobulie. Dans 20 pour 100 des cas, il y a des périodes d'hypoglobulie. L'hémoglobine est dissociée de la prolifération globulaire, la valeur globulaire est inférieure à l'unité dans la polyglobulie et supérieure dans l'hypoglobulie.

La leucocytose était normale 6 fois, il y avait tendance à la leucopénie 6 fois, tendance à l'hyperleucocytose 4 fois, des périodes leucopéniques sur fond normal chez 9 sujets, des périodes d'hyperleucocytose chez 6 autres et alternance des deux dans 9 cas.

La formule leucocytaire relative et absolue montre, à côté des types normaux, une tendance à la neutropénie essentielle ou à la mononucléose.

Ces modifications sanguines sont le plus souvent insoupçonnées et ne s'accompagnent d'aucune altération apparente de la santé ; elles ont donc une valeur d'avertissement importante, d'autant plus que ces troubles sont longtemps curables et facilement réversibles.

Les troubles morbides consistent en diminution de résistance de l'organisme aux infections, surtout de la gorge et de la peau ; en troubles digestifs, dépression physique et morale, asthénie intense. Dans tous les cas d'asthénie, on constate une neutropénie généralement assez forte et de la leucopénie. L'éosinophilie représente une modification beaucoup plus banale.

ROBERT CLÉMENT.

### ANNALES D'OCULISTIQUE
### (Paris)

**L. Weckers.** ***Traitement des affections oculaires par les injections intra-orbitaires d'alcool*** (*Annales d'Oculistique*, t. 176, Février 1939, p. 81 à 99). — La technique en est simple. On pique une aiguille de 3 cm. 5 à la partie inféro-externe de l'orbite et l'on injecte dans le cône musculaire de l'œil 1 $cm^3$ de novocaïne à 2 pour 100, puis on pousse 1 $cm^3$ à 1 $cm^3$ 5 d'alcool à 40 pour 100 si l'œil est encore voyant, à 80 pour 100 s'il est non-voyant. Insensibilisation immédiate et cessation des douleurs instantanée.

Ce traitement s'applique aux glaucomes douloureux, surtout s'ils sont absolus, aux iridocyclites hypertensives à tous les cas où l'œil est dur et douloureux. La cessation de la douleur est immédiate. On peut renouveler l'injection d'alcool après deux ou trois semaines. C'est un progrès thérapeutique évitant souvent l'énucléation.

A. CANTONNET.

### JOURNAL DE CHIRURGIE
### (Paris)

**P. Wertheimer** et **M. Bérard.** ***A propos de la maladie de Raynaud ; considérations thérapeutiques et pathologiques d'après 13 observations*** (*Journal de Chirurgie*, t. 52, n° 6, Décembre 1938, p. 737-747). — La maladie de Raynaud vraie est rare si on ne lui attribue que les cas présentant les caractéristiques requises : variations oscillométriques provoquées par les bains chaud et froid, oscillométrie normale en dehors des crises ou des excitations artificiellement créées, conditions étiologiques de l'affection, causes provocatrices des crises, caractères saisonniers de celles-ci, absence d'altérations anatomiques des troncs artériels.

W. et B. en publient 13 observations personnelles que suit une critique des résultats obtenus et des conceptions pathologiques de l'affection justifiant les interventions sympathiques, soit périartérielles (7 cas), soit caténaires (6 cas), qu'ils ont pratiquées.

A noter d'abord que, pour tous les cas, les accidents étaient localisés au membre supérieur, la localisation au membre inférieur étant signalée surtout par les chirurgiens américains.

Les 7 sympathectomies périhumérales ont donné 6 succès et 1 échec, les succès n'étant pas des guérisons absolues, mais une amélioration que les malades évaluent à 50 pour 100.

Les 6 opérations sur la chaîne cervico-thoracique comprennent : 1 ramisection cervicale inférieure (guérison complète) ; 2 stellectomies (une guérison complète, une guérison partielle) ; 3 sections sous-stellaires de la chaîne thoracique (2 guérisons complètes, 1 échec).

Ces opérations caténaires n'ont pas donné de succès plus nombreux, mais des succès de qualité supérieure à ceux de la sympathectomie périartérielle.

En tout, sur 13 cas, 2 échecs, 4 guérisons, 7 bons résultats.

L'examen critique des 3 hypothèses émises sur la lésion causale de la maladie de Raynaud : simple trouble vaso-moteur, lésion d'endartérite, maladie locale de la musculature artérielle (Lewis), conclut en faveur de la cause purement vaso-motrice qui est celle proposée par Raynaud. Quant à dire si la crise vaso-constrictrice est déterminée : par une hypersensibilité artériolaire locale aux stimulants normaux ; par des lésions histologiquement constatables des ganglions sympathiques ou même des centres sympathiques médullaires, W. et B. ne le peuvent et ils se contentent d'invoquer l'action bienfaisante des opérations sympathiques pour admettre qu'il s'agit « d'un dérèglement vasomoteur où prédomine l'hypertonie des vaso-constricteurs », comparable à celui qui est invoqué pour l'explication de l'hypertension artérielle.

Même incertitude en ce qui regarde le choix de l'intervention sympathique. L'opération sur la chaîne ganglionnaire est préférable à la sympathectomie péri-artérielle et il semble que, dans l'opération caténaire, la section doive porter sur les fibres préganglionnaires, ce qui s'obtient au membre inférieur par la sympathectomie lombaire haute, et, pour le membre supérieur, par la section sous-stellaire des rameaux blancs qui vont chercher dans le ganglion étoilé leur articulation synaptique ; mais l'explication donnée, de respecter ainsi le centre trophique des fibres post-ganglionnaires, ne tient pas compte du rôle joué par l'appareil vaso-moteur autonome intra-mural et laisse croire à la possibilité de réaliser opératoirement l'énervation vaso-motrice d'un membre.

P. GRISEL.

**H. Mondor** et **Cl. Olivier.** ***L'hémopéritoine spontané chez l'homme*** (*Journal de Chirurgie*, t. 53, n° 1, Janvier 1939, p. 1-13). — Alors que l'hémopéritoine spontané, fait de sang liquide et de caillots, est fréquent chez la femme et que, chez elle, son origine utéro-annexielle habituelle indique une voie d'abord sous-ombilicale, il est, chez l'homme, infiniment plus rare et dû à la lésion d'un viscère plein ou d'un vaisseau de l'étage supérieur ; c'est, chez lui, la laparotomie sus-ombilicale qui s'impose.

L'article du professeur Mondor et de Cl. Olivier est un chapitre des diagnostics abdominaux d'urgence, qui ne fait qu'allusion à deux observations personnelles de ruptures spontanées de rates angiomateuses ; c'est une étude d'ensemble de ces hémopéritoines d'origine sus-ombilicale, qui se prête mal à une courte analyse mais mérite grandement d'être signalée.

Voici l'énumération des causes de ces hémo-péritoines (à l'exclusion des lésions traumatiques, mais l'influence du simple effort physiologique admise), d'après un ensemble de 405 cas observés chez l'homme et aussi chez la femme, mais à l'exclusion, pour elle, de ceux d'origine utéro-annexielle.

*Origine splénique*, par rupture spontanée d'une rate le plus souvent palustre, mais aussi typhique, récurrentielle, leucémique, tumorale, infarcie, ou même d'apparence normale (251 cas).

*Origine vasculaire*, par rupture : d'un anévrisme de l'artère splénique (28 cas) ; spontanée de l'artère hépatique et de ses branches extra-hépatiques (26 cas), de l'aorte abdominale (17 cas), du cercle artériel gastrique (11 cas), de la veine splénique (2 cas), de la mésentérique supérieure (4 cas), d'autres vaisseaux sus-ombilicaux (4 cas) ; au total 92 cas.

*Origine hépatique*, par rupture d'une tumeur (26 cas) ; d'un anévrisme intra-hépatique (9 cas) ; d'origines diverses (9 cas) ; 44 cas.

*Origine obscure*, 15 cas.

*Origines diverses*, 3 cas, dont un seul sous-ombilical.

L'étude successive des symptômes : douleur, vomissements, pouls, température, réaction pariétale et signe du Douglas, est suivie de l'indication des tableaux cliniques constitués par leur groupement et en particulier de celui du faux étranglement herniaire. L'incision d'un sac de hernie inguinale (Cabanac), ou épigastrique (Vuillième, Leuret et Roy), a donné lieu à la constatation d'un hémopéritoine ; en tel cas, chez l'homme, c'est par une laparotomie sus-ombilicale qu'il faut aller à la recherche de la lésion hémorragique.

Enfin, les dispositions anatomo-pathologiques de chacune des origines énumérées sont envisagées avec leurs conséquences thérapeutiques.

P. GRISEL.

### REVUE NEUROLOGIQUE
### (Paris)

**Robert Messimy.** ***Les effets chez le singe de l'ablation des lobes préfrontaux*** (*Revue neurologique*, t. 71, n° 1, Janvier 1939, p. 1-38). — Après avoir précisé la technique employée, R. M. étudie très complètement les résultats expérimentaux obtenus.

L'activité motrice des animaux est modifiée, les singes deviennent des automates répondant par des réflexes immédiats aux sollicitations externes et internes. On observe aussi des secousses cloniques, des sursauts pathologiques, une surréactivité diffuse, sensitivo-sensorielle aux excitations périphériques, une maladresse légère, des paresthésies, une exagération des réactions instinctives.

L'ablation des lobes préfontaux est, en outre, suivie d'une hypertonie extra-pyramidale prédominant sur les muscles de la nuque et du dos, variant aux membres en fonction des réflexes toniques du cou, associée à une exagération des réflexes de posture, qui peut subsister même lorsque l'hypertonie s'atténue après 4 à 6 semaines.

Un temps variable après l'intervention, on assiste

à une exagération de tous les réflexes ostéotendineux, cutanés et muqueux.

Les modifications du système autonome sont constantes, sympathiques ou para-sympathiques: transpiration excessive des extrémités, brusques réactions vaso-motrices, périodes de complète apathie, ou bien érection pilo-motrice et dilatation pupillaire. Signalons aussi la plus grande sensibilité aux variations thermiques extérieures.

Le fonctionnement viscéral est également perturbé. L'appétit, diminué après l'intervention, est remplacé ensuite par de la voracité. On observe des alternatives de diarrhée et de constipation; la vitesse d'évacuation du contenu gastrique est modifiée. Chez certains animaux on observe des modifications nettes des électrocardiogrammes.

Les réactions aux substances pharmacologiques (adrénaline, atropine, etc...) persistent ou s'exagèrent après l'intervention.

Les animaux maigrissent après l'opération, mais reprennent du poids ensuite. La tuberculose n'est pas exceptionnelle, en rapport sans doute avec le déséquilibre neuro-végétatif.

M. apporte, pour terminer, le résultat des examens nécropsiques qui témoignent de l'intégrité des noyaux centraux.

M. compare ensuite ses résultats personnels avec ceux des auteurs qui l'ont précédé.

M. termine cet important mémoire par un essai d'interprétation pathogénique qui se rapproche de l'hypothèse émise depuis longtemps par Head, celle de la libération des centres sous-corticaux après ablation des lobes préfrontaux.

H. Schaeffer.

### REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR

**(Paris)**

**Akif Chakir** (Instanbul). ***Trochantérite tuberculeuse guérie en deux mois par l'exérèse et la greffe osseuse*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, t. 25, n° 6, Novembre-Décembre 1938, p. 648-651). — Le professeur de clinique chirurgicale d'Istanbul a observé quelques cas de trochantérite tuberculeuse chez les enfants.

Dans 3 cas où il a eu recours au traitement conservateur, la guérison a été très longue; aussi A. C. considère-t-il que le mieux est de recourir à l'opération, à l'exérèse du foyer. Mais après l'opération, l'ostéogénèse peut évoluer si lentement et la partie interne de la base du col fémoral rester si mince qu'on se voit obligé parfois d'immobiliser le malade pendant plusieurs mois. Aussi A. C. a-t-il eu l'heureuse idée de compléter l'évidement par une greffe osseuse.

Cette technique, à laquelle il a eu recours chez un garçon de 13 ans, lui a fourni un beau succès. Au bout de 2 mois, le grand trochanter était solidement reconstitué.

Albert Mouchet.

### DIE MEDIZINISCHE WELT

**(Berlin)**

**Wolfgang Thiele** et **Georg Pust**. ***La motilité gastrique dans l'anémie hypochromique essentielle*** (*Medizinische Welt*, t. 13, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 7-9). — L'anémie hypochrome essentielle est une maladie par carence de fer, qui, elle, peut être la conséquence soit d'une insuffisance des dépôts organiques, soit d'une insuffisance de l'alimentation, soit d'hémorragies. La discussion sur la pathogénie de l'anémie des sujets ayant subi une intervention gastrique a conduit à prendre en considération la motilité gastrique qui est particulièrement accélérée après intervention sur l'estomac. Dans l'achylie, qui accompagne fréquemment l'anémie hypochrome, on constate que le transit est parfois accéléré, bien qu'il puisse être également normal. Quand elle existe, l'accélération serait due à l'absence du réflexe pylore-acide chlorhydrique et entraînerait de l'hyperpéristaltique du grêle.

T. et P. ont examiné à ce point de vue une série de malades présentant de l'achylie gastrique tantôt simple, tantôt compliquée d'anémie hypochrome essentielle.

Dans l'achylie simple, on a généralement constaté un transit gastrique normal ou modérément accéléré. Sur 10 cas, un seul a présenté une accélération importante. Par contre, en cas d'achylie compliquée d'anémie, l'accélération a toujours été considérable et cette accélération a été constatée même chez une anémique qui présentait une acidité gastrique normale. Il y a ainsi lieu de se demander, à ce point de vue, si, grâce à son action astringente, le fer n'agit pas sur la rapidité du transit.

D'autre part, dans un cas d'anémie pernicieuse, le transit a été normal et, dans un cas de chlorose, au contraire, il y avait ptose et retard de l'évacuation gastrique. Enfin, dans deux cas d'anémie hypochrome essentielle qui avaient été traités et qui se trouvaient en phase de rémission, le transit a été normal.

Il semble bien que cette accélération de la péristaltique joue un rôle pathogénique important en gênant la résorption et plus spécialement celle du fer qui s'opère surtout dans le duodénum.

P.-E. Morhardt.

**Ernst Philipsborn**. ***La signification du catathermomètre pour le médecin*** (*Medizinische Welt*, t. 13, n° 3, 21 Janvier 1939, p. 77-92). — Après avoir rappelé combien les instituts de recherches bioclimatiques et les stations climatiques se multiplient en Allemagne, P. remarque que le médecin non spécialisé doit être en mesure de connaître avec précision les éléments caractéristiques du climat local. Parmi ces éléments, il en est trois qui sont essentiels: les radiations ultra-violettes qui peuvent être facilement mesurées, les mouvements des fronts froids ou des fronts chauds qui sont indiqués par les bureaux météorologiques et qui peuvent souvent se déduire de l'état du ciel et, enfin, le pouvoir de refroidissement de l'atmosphère. Ce pouvoir est conditionné par la température de l'air, la vitesse du vent, les radiations, l'humidité, etc. Le pouvoir de refroidissement a été étudié primitivement par Heberden, puis par Frankenhäuser, et enfin Hill a construit, en 1916, son catathermomètre. Cet appareil, qui est rempli avec de l'alcool ou du mercure, n'indique que deux températures extrêmes: 35 et 38°. On le porte dans un thermo à 50° environ, on le sèche et on l'expose à l'air en notant le temps qui s'écoule pour que la température de l'appareil passe de 38° à 35°. Les chiffres obtenus de la même façon, mais en enveloppant la cuvette de l'appareil avec une mousseline mouillée, constituent également une donnée intéressante. Il est établi aujourd'hui que cet appareil réagit d'une façon remarquablement constante sous l'influence de la température et de l'agitation de l'air ainsi que de l'irradiation et de l'humidité. Il permet de se rendre objectivement compte si la température de l'air est agréable ou ne l'est pas. Il est vrai que cet appareil donne des chiffres identiques par exemple, quand la température de l'air est élevée et accompagnée d'un vent vif ou quand la température de l'air est basse et accompagnée de calme. D'un autre côté, les mesures se prennent à l'ombre, de sorte que les chiffres trouvés diffèrent de ce qui existe pour des sujets au soleil.

Quoi qu'il en soit, les données ainsi obtenues peuvent être comparées à la température de l'air. On obtient ainsi le quotient *température de l'air: catathermomètre*, quotient qui doit varier entre 2 et 5 pour qu'on se sente à l'aise. Ce chiffre est également exact pour les locaux d'habitation.

On peut rapprocher les chiffres ainsi obtenus de la température de la peau du front qui atteint, quand on se sent à l'aise, 31°5 ou davantage. Cependant, à l'altitude, la température du front peut être modifiée appréciablement par les radiations ultraviolettes sans que les sensations subjectives se modifient d'une façon sensible. Toutes ces données sont naturellement très importantes quand il s'agit pour le médecin de prescrire des cures d'air.

P.-E. Morhardt.

### ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE

**(Berlin)**

**W. Masshoff** (Dresden). ***Granulome péritonéal autour d'un corps étranger représenté par de la bouillie barytée*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. 194, fasc. 1, 7 Novembre 1938, p. 165-170). — L'exemple qui est le centre du travail de M. est assez cocasse. Il concerne une femme de 47 ans, opérée, une première fois, en occlusion aiguë, par tumeur bénigne (adéno-myome) du sigmoïde. Un anus de dérivation a été, d'abord, pratiqué; puis, une exploration radiologique; enfin, l'exérèse de la tumeur. C'est au cours de ce dernier temps que fut remarquée la présence d'un nodule péritonéal, pris pour une concrétion calcaire; il siégeait au voisinage de la tumeur, et fut extirpé. Or, il s'agissait d'un granulome, développé autour d'un dépôt de baryte.

Jean Patel.

### FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN

**(Leipzig)**

**W. Abel**. ***A propos du diagnostic des calcifications des parois gastriques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 59, n° 1, Janvier 1939, p. 57-64). — A l'occasion d'un cas de calcifications des parois gastriques qu'il lui a été donné d'observer chez une femme de 30 ans, et dont il rapporte l'observation très en détail, ainsi que le protocole de l'intervention chirurgicale, A. discute le diagnostic différentiel en recherchant les affections gastriques susceptibles de s'accompagner de manifestations analogues et le mécanisme qui peut les provoquer. En raison de l'important degré des calcifications dans le cas qu'il rapporte, véritable « lymphangite calcaire », l'auteur pense qu'il y a lieu de tenir compte largement du facteur temps.

A., à l'occasion de cette observation, signale et décrit rapidement un deuxième cas semblable reconnu par Beliczay chez une femme de 35 ans.

Morel Kahn.

**W. Muller**. ***Troubles congénitaux multiples de l'ossification épiphysaire constituant un tableau clinique typique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 59, n° 1, Janvier 1939, p. 65-69). — M. rapporte une observation détaillée de lésions épiphysaires congénitales, multiples, tout à fait caractéristiques, et frappant l'épaule, le coude, les hanches, les articulations de l'extrémité distale du membre supérieur, sous forme d'ossification épiphysaire réduite et en partie irrégulière, avec tassement des surfaces articulaires. Il ne semble pas que dans ce cas, où les lésions s'apparentent partie à une ostéochondrite disséquante à localisations multiples, partie à une chondrodystrophie, on puisse attribuer ces manifestations à une affection héréditaire.

Morel Kahn.

### ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

**(Leipzig)**

**Zeyland**. ***Atélectasie massive et bronchiectasie, complications de la tuberculose pulmonaire primitive de l'enfant*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 81, n° 4, Décembre 1938, p. 209-218). — Si l'anatomie pathologique de l'atélectasie pulmo-

naire est connue depuis longtemps, les corrélations qui existent entre cet état et la tuberculose pulmonaire, et son diagnostic clinique d'avec l'infiltration pulmonaire « épituberculeuse » sont des acquisitions récentes. Il est certain que l'atélectasie est de beaucoup la plus rare des deux affections; Z. en a trouvé 8 cas seulement pour 150 cas d'infiltration observés chez les enfants de son centre; mais elle constitue un syndrome qu'on arrive à identifier grâce à l'examen radiologique, et Z. a pu, grâce à 5 observations caractéristiques qui illustrent son article, mettre en valeur les signes les plus importants.

Nous passons sur les signes cliniques communs avec d'autres affections; au point de vue radiologique, Z. insiste sur l'abaissement des côtes et le rétrécissement de l'espace intercostal du côté malade, et surtout sur le mouvement pendulaire de l'ombre médiastinale, repoussée du côté malade pendant l'inspiration par l'ampliation du poumon sain (dans l'atélectasie de tout un poumon); ce dernier signe est le seul pathognomonique.

Dans l'atélectasie d'un lobe, il faut s'attacher à rechercher l'hyperfonctionnement des autres lobes, anormalement clairs, et ne pas oublier qu'une atélectasie du lobe inférieur droit peut ne se traduire que par une ombre de l'angle costodiaphragmatique, tandis qu'une atélectasie du lobe gauche peut être masquée en position dorso-ventrale par l'ombre cardiaque; le niveau du diaphragme doit également être observé sur le malade de profil.

A la longue, l'atélectasie, phénomène essentiellement réversible, fait place à la sclérose, modification anatomique définitive qui va de pair avec la dilatation des bronches, celle-ci ne pouvant souvent être décelée que par la bronchographie.

Basch.

### WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

**Akos.** ***Le traitement par la vitamine B des accès épileptiformes survenant au cours du traitement par le choc insulinique de la schizophrénie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **52**, n° 2, 13 Janvier 1939, p. 39-42). — A. publie 3 observations qui semblent assez démonstratives: chez des malades présentant des crises épileptiformes au cours de chaque coma provoqué, l'administration de vitamine B soit en même temps que l'insuline, soit la veille vers 16 heures, supprime l'apparition des crises; les doses nécessaires varient entre 2 et 5 mg. (le produit employé était la Betaxin); elles sont souvent suffisantes pour empêcher les crises non seulement au cours du premier coma provoqué, mais pendant les cures suivantes, comme si la vitamine B restait en réserve dans l'organisme.

A. émet certaines théories pathogéniques, suivant lesquelles les accidents convulsifs seraient dus à la toxicité de certaines substances intermédiaires provenant de la combustion massive d'hydrates de carbone; la présence de vitamines B permettrait au processus d'oxydation de se faire complètement, et supprimerait ainsi les produits toxiques.

Basch.

### THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

**J. D. Herlihy.** ***Alimentation immédiate dans l'hématémèse et le melæna. Revue après 12 mois d'expérience*** (*The medical Journal of Australia*, an. **25**, t. 2, n° 24, 10 Décembre 1938, p 996-998). — Deux hommes, âgés respectivement de 29 et 64 ans, ayant eu auparavant des phénomènes douloureux rapportés à un ulcère du duodénum de par l'examen clinique et la radiographie, et présentant une hématémèse importante avec mélæna, furent traités par des transfusions et l'alimentation immédiate. L'hémorragie avait été importante puisqu'elle avait entraîné les deux fois une anémie à 1.800.000 globules rouges. Le même traitement fut appliqué à une femme de 50 ans, atteinte d'ulcère de la petite courbure, ayant fait, elle aussi, une importante hémorragie gastrique.

Cette alimentation précoce avec le régime de Meulengracht modifié correspond à 2.500 à 3.500 calories et à une quantité de liquide s'élevant au moins à 2 litres et demi; elle paraît à H. un progrès important dans le traitement de l'ulcère peptique avec hémorragie. Le jeûne favorise les spasmes et les contractions intestinales. Les aliments protègent l'ulcère contre l'action du suc gastrique acide. En alimentant les malades, on n'eut que rarement besoin d'utiliser les poudres alcalines et la belladone. Le lait n'était pas citraté et parfumé avec du malt ou un produit analogue. On ajoutait toujours du jus d'orange ou de tomate et de l'huile de foie de morue.

Les ulcéreux ainsi traités se sentent immédiatement beaucoup mieux, ils ont un meilleur aspect, ils ne sont pas déshydratés comme ceux mis à une diète sévère. Si une intervention chirurgicale devient nécessaire, le malade est en meilleure condition physique. Dès que les hémorragies ont cessé, on passe graduellement au régime de Sippy modifié.

Robert Clément.

### BRUXELLES MEDICAL

**A. Bernard** (Lille). ***La fièvre ondulante dans la maladie de Hodgkin*** (*Bruxelles Médical*, t. **19**, n° 9, 1er Janvier 1939, p. 288-293). — Chez un homme de 24 ans, la lymphogranulomatose maligne de Hodgkin-Sternberg évolua en 5 ans et 2 mois. Dans une première phase apyrétique, d'une durée de 3 ans et demi, il y avait seulement une adénite cervicale d'apparence banale sans modification de la cytologie sanguine et sans altération de l'état général et des viscères. La biopsie permit le diagnostic. La deuxième phase est caractérisée par un état fébrile qui revêtit la forme ondulante. Chaque ondulation correspond à une poussée aiguë de la maladie et dure de 15 à 20 jours. Le début est marqué par des oscillations ascendantes; la température se maintient entre 39° et 40° pendant quelques jours, puis elle tombe en lysis. Au cours des périodes intercalaires, la température ne tombe pas toujours à 37°. Celles-ci ont en moyenne une durée de 8 à 20 jours. La téléradiothérapie fut inefficace et ne modifia pas la fièvre.

A la période terminale, la courbe perd ce caractère ondulant.

Le caractère ondulant de la fièvre a été donné comme un élément pathognomonique de la lymphogranulomatose maligne. Il n'est cependant pas constant et on l'observe dans d'autres affections. Il pose le diagnostic avec la mélitococcie, certaines tuberculoses ganglionnaires, certains cancers abdominaux.

On pourrait rattacher la périodicité de la fièvre dans la maladie de Hodgkin au cycle évolutif de son agent pathogène, par analogie avec les brucelloses, la tuberculose et le paludisme. Mais tout ceci n'est qu'une hypothèse basée sur un raisonnement par analogie.

Robert Clément.

### JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (Bruxelles)

**L. Deloyers** et **F. Declercq.** ***Etude physiopathologique et clinique des ulcéreux opérés de gastrectomie subtotale type Reichel-Polya*** (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. 6, n° 10, Décembre 1938, p. 697-724). — Avant la gastrectomie, dans 50 cas, on n'a jamais trouvé d'anachlorhydrie à l'histamine. A jeun, dans 9 cas d'ulcères gastriques, 4 n'avaient pas d'acide chlorhydrique à jeun, 2 avaient des taux très bas, 3 des taux moyens. Sur 26 cas d'ulcères duodénaux, 4 n'avaient pas d'acide libre à jeun, 6 des taux bas, 16 des taux supérieurs à 1. L'acidité chlorhydrique libre de la sécrétion gastrique à jeun est plus élevée dans les ulcères duodénaux que dans ceux de l'estomac. Il existait un certain degré d'anémie dans moins d'un cinquième des cas. Quant aux globules blancs, sur 30 numérations, 20 donnent un chiffre supérieur à 7.000, 6 entre 6.000 et 7.000 et 4 inférieur à 6.000.

15 jours après la gastrectomie pratiquée suivant la méthode de Reichel-Polya, gastrectomie subtotale se situant un peu au-dessus du niveau de la limite antrofundique, le tubage ramène peu ou pas de liquide à jeun, l'acidité chlorhydrique est toujours nulle ou très basse et l'acidité totale peu élevée, comprise entre 0,10 et 0,73. Après injection d'histamine, 10 cas sur 21 n'ont pas d'acidité libre, 6 ont une acidité chlorhydrique libre ne dépassant pas 1, 5 ont des taux compris entre 1 et 1,5.

Ces résultats ne sont valables que le 15e jour après l'intervention. Une trentaine d'ulcéreux gastrectomisés suivant la méthode de Polya-Reichel, revus de 2 à 35 mois plus tard, ne présentaient pas d'acidité chlorhydrique libre à jeun sauf dans un cas et l'acidité totale était très basse. Après histamine, on a obtenu 2 fois une réponse acide dont le sommet atteint 2,1 et 2,8 pour l'acidité libre, ces deux opérés ont augmenté de poids, l'un se plaint de douleurs rongeantes calmées par les aliments. Les 27 autres opérés ne forment pratiquement pas d'acide chlorhydrique libre et ont un taux d'acidité totale le plus souvent inférieur à 1.

Si certains opérés sont anachlorhydriques après l'intervention et d'autres pas, on ne peut pas faire intervenir l'importance de la résection: il n'y a aucun rapport de proportionnalité entre l'étendue de la résection et la diminution de l'acidité.

Pour établir les bons résultats d'une gastrectomie, on peut se baser sur le chimisme gastrique et la radiographie. L'accroissement de poids ne peut être considéré comme un critère de succès.

Robert Clément.

### ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

**N. Rosenthal** et **F. A. Bassen.** ***L'évolution de l'érythrémie*** (*Archives of internal Medicine*, t. **62**, n° 6, Décembre 1938, p. 903-917). — Comme le montrent les 13 cas relatés ici, l'érythrémie primitive est une affection remarquable par sa chronicité et par les variations de la formule sanguine qui peuvent survenir pendant son évolution et à sa phase terminale.

Il peut arriver que la phase de début soit complètement latente, la maladie étant découverte fortuitement, par exemple à l'occasion d'un examen pour une assurance-vie ou pour un saignement gingival prolongé.

Parvenue à sa période d'état bien caractérisée cliniquement, la maladie peut se prolonger pendant un temps fort long, 19 ans dans un cas de R. et B.

Au bout de quelques années, diverses manifestations cliniques se produisent qui résultent ou d'une hyperactivité des systèmes leucopoïétique et mégacaryocytaire ou d'un épuisement du système érythropoïétique.

A sa phase terminale, quand une complication vasculaire n'est pas venue mettre fin à la maladie, celle-ci aboutit en général à une anémie marquée: tantôt toutes les cellules sanguines sont diminuées de nombre, on a alors une anémie avec leucopénie et thrombopénie; tantôt les plaquettes se maintiennent, et même il peut y avoir de la thrombocytémie; tantôt les leucocytes augmentent de nombre, des myélocytes apparaissent, et le patient,


J. Rigollot

s'il est alors examiné pour la première fois, peut être considéré comme atteint de leucémie myéloïde. R. et B. relatent des exemples de ces aspects terminaux variés de l'érythrémie. Dans un cas, on nota une leucosarcomatose terminale.

P.-L. Marie.

**E. S. Mills.** ***Un cas d'anémie érythroblastique de Cooley (thalassanémie)*** [*Archives of internal Medicine*, t. **62**, n° 6, Décembre 1938, p. 1004-1014]. — C'est le premier cas d'anémie érythroblastique signalé à Montréal, bien que sa population compte plus de 25.000 Grecs, Syriens et Italiens. Par ailleurs, ce cas est remarquable par les particularités de la pigmentation cutanée et les modifications du sang et de la moelle osseuse, qui différaient de la description classique.

Il s'agit d'une fillette de 13 mois, d'origine grecque, dont deux frères déjà étaient morts de cette maladie. Le début avait été marqué par la pigmentation cutanée apparue 1 mois après la naissance : brun sale et uniforme sur tout le corps. L'enfant était hypotrophique et présentait une augmentation modérée du volume du foie, de la rate et du cœur, avec une anémie hypochrome accompagnée de leucocytose (Globules rouges, 810.000; Hémoglobinurie, 15 pour 100; Globules blancs, 21.000, dont 32 polynucléaires, 47 lymphocytes, 10 monocytes, 1 basophile, 2 myéloblastes, 6 normoblastes et 4 réticulocytes pour 100). Aucun signe de rachitisme, ni de syphilis, ni d'ictère hémolytique. Les radiographies en série du crâne et des os longs montrèrent un élargissement progressif de la cavité médullaire et un amincissement du cortex, mais l'aspect strié habituel faisait défaut au niveau du crâne. Les modifications des os de la face ne furent jamais assez marquées pour donner un aspect mongolien. La biopsie de la moelle costale montra une hyperplasie accentuée résultant de la prolifération, mais non de la différenciation d'une cellule médullaire primitive. La cellule dominante était une grande cellule, non mûre, non granuleuse, à gros noyau vésiculeux, présentant souvent des mitoses. Entre ces foyers de cellules non mûres, on voyait des zones d'activité médullaire normale, mais les érythrocytes en voie de maturation étaient relativement rares. On ne trouva pas de cellules spumeuses. Le suc gastrique renfermait du HCl libre. Au bout de 1 an 1/2, et en dépit de toutes les thérapeutiques, l'enfant, de plus en plus anémique, succomba. On ne nota pas la grosse érythroblastose, ni la forte leucocytose pseudo-leucémique terminales généralement signalées. Il n'existait d'hémosidérose que dans le foie et le pancréas. La pigmentation de la peau était due à des dépôts de mélanine, mais non d'hémosidérine.

Pour M., l'érythroblastose serait due originairement à l'absence de maturation de certaines cellules primitives de la moelle osseuse.

P.-L. Marie.

### *AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES AND NUTRITION*

#### *(Fort-Wayne)*

**E. S. West, J. R. Montague** et **F. R. Judy.** ***Digestion et absorption chez un homme avec 90 centimètres d'intestin grêle*** (*American Journal of Digestive Diseases*, t. **5**, n° 10, Décembre 1938, p. 690-692). — Après 5 résections intestinales s'échelonnant sur une période de 11 ans, la dernière en 1933, il ne restait à un malheureux patient que 90 *cm.* environ d'intestin grêle et moins de 30 *cm.* de jéjunum. La dernière intervention fut suivie d'une diarrhée sévère et de tétanie. Une laparotomie exploratrice, pratiquée en Mars 1935, montra que l'intestin grêle était dilaté et hypertrophié et avait presque les dimensions du gros intestin. La valvule iléo-cæcale paraissait normale. Cet homme de 40 ans était maigre et légèrement cyanotique. Son abdomen était distendu et tympanique.

L'étude de la digestion et de l'absorption chez ce sujet à intestin réduit montra une assimilation des hydrates de carbone normale ; par contre, environ 25 pour 100 des protéines et 45 pour 100 des graisses étaient éliminés dans les selles représentant environ 25 pour 100 de la valeur calorique de l'alimentation ingérée. Les graisses fécales contenaient une grande proportion d'acides gras libres indiquant une digestion presque satisfaisante des lipides et une mauvaise absorption des acides gras.

Cet homme présentait des symptômes de tétanie et il fallut un taux élevé de calcium et d'ergostérol irradié pour le maintenir en équilibre calcique. Il est probable que la grande quantité d'acides gras des selles était responsable de la faible absorption calcique. Le rapport du taux du calcium fécal à celui des graisses fécales était remarquablement constant.

Robert Clément.

### *THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE*

#### *(Baltimore)*

**P. F. Hahn** et **G. H. Whipple.** ***Production de l'hémoglobine dans l'anémie limitée par un apport restreint de protéines. Influence de l'apport de fer, d'un supplément de protéines et du jeûne*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 2, Février 1939, p. 315-326). — Des expériences ont déjà montré que la production d'hémoglobine nouvelle dans l'anémie due à des pertes de sang peut être maintenue à un niveau très bas en limitant l'apport de fer. En donnant au chien un régime constitué par du pain blanc, du saumon, de la poudre de lait et de l'huile de foie de morue, régime qui apporte 5 *mg.* de fer par jour, on maintient la production d'hémoglobine à un niveau très bas et l'on peut épuiser les réserves de fer de l'organisme.

Comme l'hémoglobine se compose de fer, d'un radical pigmentaire et d'un facteur protéique (globine), on doit se demander si le pigment et la globine interviennent comme facteurs limitants dans l'édification de l'hémoglobine chez le chien rendu anémique au moyen de la méthode habituellement employée par Whipple.

Des expériences antérieures sur des chiens anémiques et munis d'une fistule biliaire ont montré que le radical pigmentaire n'intervient pas comme facteur limitant dans la production de l'hémoglobine.

Quant au facteur globine, qui représente 95 pour 100 de la molécule d'hémoglobine, il est à présumer que sa restriction doit limiter la production d'hémoglobine, même en présence d'un apport excessif de fer. C'est ce qu'établissent les expériences de H. et W. relatées ici.

Un apport restreint de protéines limite la production d'hémoglobine chez le chien rendu et maintenu anémique. Le chien soumis à un régime limité en protéines est incapable de produire la quantité usuelle de globine et, par suite, d'hémoglobine, même en présence d'un large excès de fer dans la ration. Que le fer soit donné par la bouche ou par la veine, le résultat est le même : le chien rendu anémique par spoliation sanguine ne peut produire la quantité prévue d'hémoglobine nouvelle correspondant à l'apport de fer quand l'apport de protéines est maintenu à un niveau peu élevé. Ces chiens anémiques peuvent jouir, par ailleurs, d'une parfaite santé et garder leur poids en équilibre durant de longues périodes de régime restreint en protéines. Sous l'empire de la restriction de protéines, les albuminoïdes du saumon, de la banane et de la carotte sont bien utilisés et il n'en faut que 7 à 8 *g.* par jour pour produire 1 *g.* d'hémoglobine nouvelle.

Ces expériences établissent nettement que le contenu du foie en fer n'est pas uniquement responsable de son influence puissante sur l'anémie résultant d'hémorragies.

P.-L. Marie.

### *SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS*

#### *(Chicago)*

**W. A. Gorman** (Duluth, Minnesota) et **A. Hirsheimer** (Dayton, Ohio). ***Etude sur le dessin que forment les veines superficielles chez les femmes gravides et non gravides par la photographie infra-rouge*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **68**, n° 1, Janvier 1939, p. 54-63). — La grossesse s'accompagne de modifications nettes, que démontre la photographie, dans l'exagération du réseau veineux superficiel de l'abdomen et de la partie antérieure du thorax. On n'observe pas de modifications analogues dans le reste du système veineux superficiel.

Mais une photographie unique des veines ne permet pas de reconnaître si une femme est ancienne, ni quelle est sa parité. On n'observe pas non plus ces modifications au cours des diverses phases du cycle menstruel.

Ces modifications dans la visibilité des veines tiennent principalement à la distension et à l'amincissement des tissus qui les recouvrent. Il faut y joindre très probablement une augmentation de leur contenu sanguin et au moins pour les seins l'hyperémie physiologique.

Ce même type de modification s'observe chez la femme enceinte avec lésion organique du cœur ou en cas de toxémie de même que chez la femme enceinte normale.

G. Guibé.

### *NAGASAKI IGAKKAI ZASSI*

#### *(Nagasaki)*

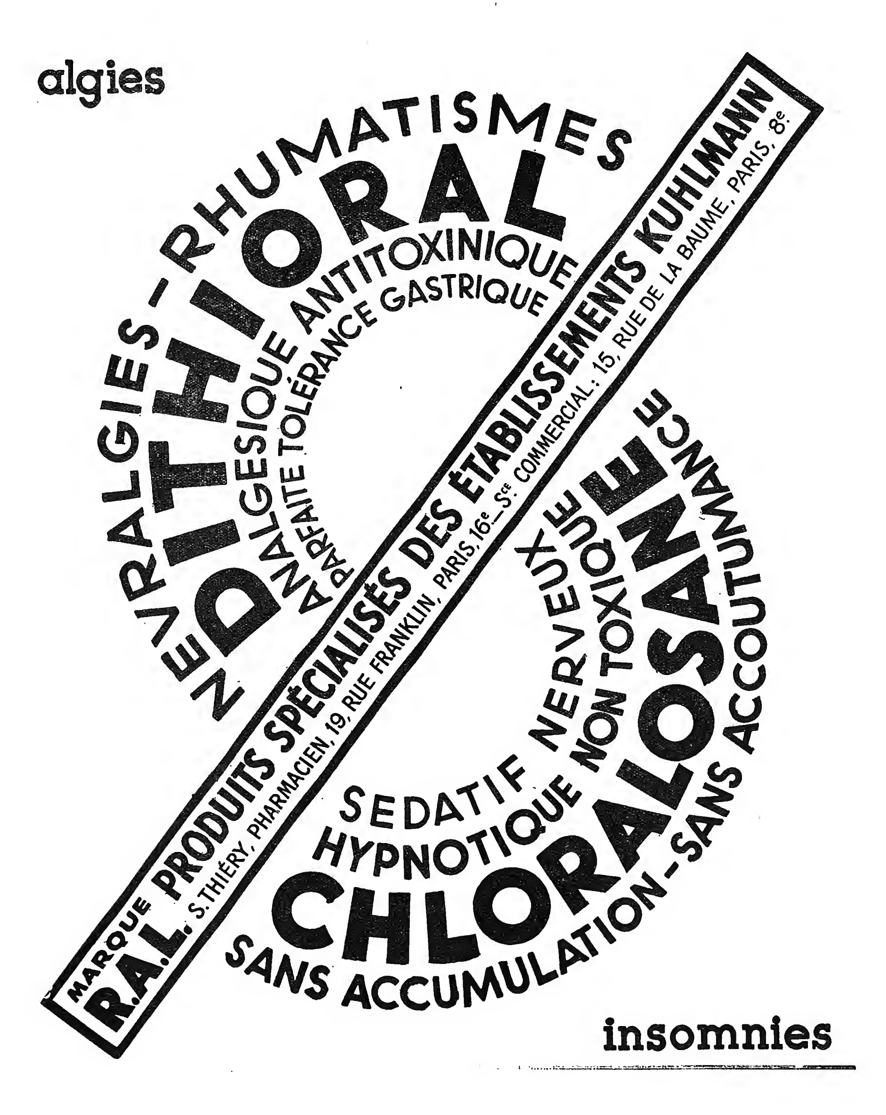
**W. Watanabe.** ***Castration pendant la grossesse. Taux des hormones dans le sang et dans l'urine après la castration*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. **18**, n° 1, 25 Janvier 1939, p. 75-83). — La primipare en question fut opérée au quatrième mois de sa gestation pour kyste ovarien bilatéral. On trouva deux kystes dermoïdes du volume du poing qui furent enlevés en totalité, le reste de l'ovaire étant insignifiant. L'ovaire gauche portait le corps jaune vrai. Suites opératoires normales et accouchement sans incident un mois avant terme d'une fille de 2 *kg.* 100.

On détermina la teneur du sang, de l'urine en hormones folliculaire et gonadotrope un mois et deux mois après l'opération ainsi que six mois après l'accouchement. On constata que le taux de ces deux hormones restait le même qu'avant la castration, ce qui plaide en faveur de la théorie de la production des hormones au niveau du placenta, dont Nagayama a démontré l'exactitude de façon irréfutable au moyen de la culture du tissu placentaire.

P.-L. Marie.

**K. Yoshikawa.** ***Sur l'action antiallergique de la vitamine C*** (*Nagasaki Igakkai Zassi*, t. **18**, n° 1, Janvier 1939, p. 141-165). — On sait que Takahashi a mis en évidence l'action préventive chez l'homme des injections de vitamine C faites avant l'injection intraveineuse d'arsénobenzol à l'égard des accidents déterminés par ce médicament ; mais il n'a pas attribué cette influence de la vitamine C à une action anti-allergique, comme certains auteurs l'ont fait ensuite (Hochwald, Lemke, etc.). Y. a repris expérimentalement la question et a étudié l'influence de cette vitamine sur le choc anaphylactique, sur l'anaphylaxie locale et sur l'allergie arsénobenzolique du cobaye.

Avec les petites doses de vitamine C (2 *mg.* 5


algies
NEVRALGIES - RHUMATISMES
DITHIORAL
ANALGESIQUE ANTITOXINIQUE
PARFAITE TOLÉRANCE GASTRIQUE
MARQUE R.A.L. PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
S. THIÉRY, PHARMACIEN, 19, RUE FRANKLIN, PARIS, 16e _ Sce COMMERCIAL : 15, RUE DE LA BAUME, PARIS, 8e
SEDATIF NERVEUX
HYPNOTIQUE NON TOXIQUE
CHLORALOSANE
SANS ACCUMULATION - SANS ACCOUTUMANCE
insomnies

tous les jours durant la période de sensibilisation, puis, dans une autre série d'expériences, 7 mg. 5 30 minutes avant la réinjection de sérum de porc); le choc anaphylactique n'a guère été modifié, quelle que fût l'alimentation des cobayes, régime d'hiver ou régime d'été.

Avec les doses plus fortes de vitamine C (100 mg. par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale 30 minutes avant la réinjection de sérum) les phénomènes de choc ne furent pas sensiblement influencés, parfois même ils furent aggravés.

L'injection sous-cutanée de 100 mg. de vitamine C 30 minutes avant la sensibilisation n'eut pas d'action inhibante sur le choc. Les cobayes soumis à un régime dépourvu de vitamine C, puis recevant en plus pendant la sensibilisation 25 mg. de vitamine C sous la peau, se comportèrent à l'égard du choc anaphylactique tout comme les animaux recevant de l'herbe fraîche à la place de vitamine C.

L'injection de vitamine C pendant la sensibilisation et avant la réinjection n'atténua guère la réaction anaphylactique locale (phénomène d'Arthus).

Quant à l'action de la vitamine C sur l'allergie arsénobenzolique expérimentale, Y. a constaté que l'injection quotidienne de 2 mg. 5 de vitamine pendant la sensibilisation renforçait plutôt les manifestations allergiques et que des doses quotidiennes de 25 mg. pendant cette période n'atténuaient guère les phénomènes allergiques. Il en fut de même pour l'injection sous-cutanée de 100 mg. de vitamine C avant la réinjection et pendant la sensibilisation.

Il faut donc chercher ailleurs que dans une action antiallergique l'explication de l'efficacité chez l'homme de la vitamine C.

P.-L. Marie.

### JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY

### (Tokio)

**Yamamoto** et **Kojima**. ***La vésiculographie*** (*The Japanese journal of dermatology and urology*, t. 44, n° 5, Novembre 1938, p. 160-162). — Y. et K. ont étudié radiologiquement chez le vivant la vésicule séminale après l'injection de divers produits iodés.

Y. et K. distinguent 4 types d'après le degré des sinuosités du conduit principal et le développement des diverticules:

A: conduit mince, contourné, avec petits diverticules ténus; B: gros conduit contourné avec gros diverticules en grappe; C: conduit moyen avec diverticules moyens; D: conduit rectiligne avec diverticules minimes ou absents.

Le type A s'observe dans l'épididymite tuberculeuse ou chez les jeunes gens dont les vésicules séminales sont encore insuffisamment développées. Les types B et C sont des figures normales. Le type D s'observe après injection de produits huileux. La longueur de la vésicule est de 3 à 4 cm., sa largeur de 1 cm., sa capacité de 5 $cm^3$.

Le produit injecté s'élimine lentement en 1 ou 2 mois.

Chez les sujets sains, les deux vésicules sont symétriques; une asymétrie existe en cas d'inflammation de la vésicule ou de maladie des organes voisins. Le vésiculogramme est asymétrique dans l'épididymite tuberculeuse, parce que la vésicule malade est atrophiée.

L'ampoule présente également 4 types: A: ampoule grêle, légèrement sinueuse; B: ampoule très épaissie et sinueuse; C: ampoule moyennement épaissie et sinueuse; D: ampoule tubulaire et non sinueuse.

Ces 4 types correspondent aux 4 types de vésicule.

R. Burnier.

### LUES

### (Kyoto)

**Matsui, Hayami, Akizama, Osugi** et **Nakao**. ***Quelques accidents des arsénobenzols*** (*Lues*, t. 17, n° 3, Octobre 1938, p. 20-22). — Sur 67 syphilitiques à divers stades de leur maladie, traités par le salvarsan. M., H., A., O. et N. ont constaté quelques *troubles urinaires:* 3 eurent une albuminurie passagère, 4 une glycosurie passagère et 8 une réaction positive à l'urobiline; tous ces troubles disparurent rapidement après le traitement.

L'*examen du sang* montra que le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine étaient normaux au cours de la syphilis primaire et de la syphilis latente; quelques cas de syphilis secondaire montraient une certaine anémie (taux de l'hémoglobine: 52 pour 100). Les leucocytes étaient en légère augmentation dans la syphilis primaire et secondaire; dans la syphilis latente, on notait parfois une leucocytose, parfois une leucopénie; en général on constatait une neutrophilie et une lymphopénie. Ces troubles du sang, constatés *avant* le traitement, disparaissaient habituellement *après* le traitement.

En ce qui concerne l'*agranulocytose post-salvarsanique*, M., H., A., O. et N. signalent qu'on observa au Japon, de 1931 à 1937, 64 cas d'agranulocytose et 6 cas de purpura grave. Les symptômes initiaux sont surtout la sensation de fièvre ou de froid, les douleurs de la nuque; puis apparaissent les signes caractéristiques, la stomatite ou l'amygdalite gangréneuse et l'agranulocytose typique du sang; un érythème salvarsanique s'observe dans 10 pour 100 des cas et un ictère dans 3 pour 100 des cas d'agranulocytose. L'association du bismuth au salvarsan paraît favoriser l'agranulocytose. Sur 31 cas, 26 s'observaient après un traitement mixte arsenico-bismuthique, 2 après une cure arsenico-mercurielle, 1 après arsenic et antimoine, 2 après le salvarsan seul. Les symptômes apparaissent surtout après la 4e injection. Des injections trop rapprochées paraissent être une cause fréquente de l'agranulocytose.

R. Burnier.

### NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

### (Amsterdam)

**A. Biemond** et **S. van Creveld**. ***Forme cérébelleuse de l'encéphalopathie saturnine*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 16-23). — B. et C. donnent l'observation d'une fillette de 20 mois qui, entre autres symptômes, a commencé à présenter, à partir du 20 Octobre 1937, une démarche vacillante, de l'incertitude dans les mouvements de préhension, et plus tard du tremblement de la tête. A ce moment, la leucocytose atteignait 17.700 avec une lymphocytose relative de 73 pour 100. Un an après le début des accidents, on constata un nystagmus horizontal en cas de vision latérale, du tremblement du tronc et de la tête dans la position assise, l'impossibilité de se tenir debout, des mouvements fortement ataxiques et hypotonie légère du bras et de la jambe droites. La radiographie du crâne ne permettait de constater aucune anomalie. Le liquide céphalo-rachidien présentait une légère pléiocytose avec 20 cellules dont 18 lymphocytes et 2 polynucléaires. Enfin, l'examen du sang montrait l'existence de granulations basophiles et de polychromasie.

Etant donné que cette enfant provenait d'une région où il avait été signalé que les eaux de boisson avaient provoqué de l'intoxication saturnine, on rechercha plus attentivement les signes de cette affection et on constata sur les radiographies, au niveau des extrémités distales du radius et du cubitus et surtout du fémur, des bandes qui devaient être considérées comme étant vraisemblablement des « bandes de plomb ».

Le diagnostic fut confirmé par un examen spectrographique de l'urine d'où il résulta que la teneur en plomb était anormalement élevée (0,1 mg./litre).

Chez une sœur de la malade, âgée de 5 ans, on retrouva les mêmes altérations du squelette en même temps qu'une constipation opiniâtre.

Les bandes épiphysaires mises en évidence par la radiographie doivent être considérées comme caractéristiques du saturnisme quand il s'agit d'enfants n'ayant pris depuis longtemps ni phosphore, ni vitamine D, ni bismuth.

Des troubles cérébraux consécutifs à l'intoxication par le plomb ont été observés maintes fois sous forme de symptômes d'irritations plus souvent de caractère focal que diffus. Le diagnostic de tumeur a été parfois porté à tort. Les formes cérébelleuses de l'intoxication saturnine sont plus exceptionnelles.

En ce qui concerne la thérapeutique, il est nécessaire de modifier les appareils qui servent à puiser l'eau ou à la chauffer. Au point de vue proprement traitement, rien n'est plus dangereux que de chercher à favoriser l'élimination du plomb car on ferait ainsi rentrer dans la circulation celui qui est fixé dans le squelette. B. et C. ont donné la préférence au traitement par la vitamine D et surtout par l'huile de foie de morue et les rayons ultra-violets associés à une alimentation riche en phosphates et à un peu de calcium (glyconate de calcium, biphosphate de calcium) et à de la vitamine $B_1$.

L'évolution ultérieure chez l'enfant fut favorable, le nystagmus, l'ataxie et l'hypotonie disparurent, mais la station debout est restée incertaine. Il est probable cependant que ces troubles s'amélioreront.

P.-E. Morhardt.

### POLSKA GAZETA LEKARSKA

### (Lwow)

**H. Dlugosz**. ***Un fibrome de l'estomac compliqué d'abcès du foie perforé dans la plèvre dans un cas de maladie de Recklinghausen fruste*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 17, nos 29 et 30, 24 Juillet 1938). — D. rapporte l'observation d'un cas fruste de maladie de Recklinghausen avec tumeur fibromateuse de l'estomac. Chez ce malade, la muqueuse nécrosée, recouvrant la tumeur, donnait lieu à des hémorragies profuses. Un abcès métastatique du foie ouvert dans la plèvre a déterminé la mort. Les investigations anatomo-pathologiques ont démontré qu'il s'agissait d'un léiomyome (schwannome). En se basant sur les constatations faites au sujet de ce cas, D. souligne l'importance de cette complication au cours de la maladie de Recklinghausen fruste. Les hémorragies bénignes, sans raison apparente clinique ou radiologique, doivent faire penser à la possibilité de l'existence d'une tumeur bénigne de l'estomac et nécessitent l'examen attentif des téguments cutanés, du squelette et d'autres manifestations se rattachant à la maladie de Recklinghausen. L'intervention chirurgicale, effectuée à temps, pourrait éviter, dans bien des cas, les complications graves ou une issue fatale prématurée.

Fribourg-Blanc.

**B. Giedosz**. ***Influence de la vitamine $B_1$ sur le corps thyroïde*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. 17, n° 31, 31 Juillet 1938). — Dans un travail de médecine expérimentale fait sur des cobayes, G. étudie l'influence de la vitamine $B_1$ sur le corps thyroïde. Il conclut que la vitamine $B_1$ ne possède pas d'action antagoniste sur la thyroxine. L'image microscopique des fragments du corps thyroïde témoigne de l'augmentation de l'activité de cette glande. Le traitement par les fortes doses de vitamine $B_1$ dans les états d'hyperactivité thyroïdienne n'est pas indiqué. Dans ces conditions, il convient

# EVONYL

## EST UNE SYNTHÈSE S'ADRESSANT AUX CAUSES MULTIPLES QUI RENDENT FOIE ET INTESTINS DÉFICIENTS

- Cholagogue puissant et laxatif doux. Evonyl exalte la fonction biligénique en même temps qu'il désintoxique le foie.

- La sécrétion biliaire activée et fluidifiée résout les calculs de la **lithiase** et les entraîne dans une puissante exonération quotidienne. La douleur diminue, et la suppression des crises apparaît en général au bout d'un mois de traitement.

- Dans les **ictères**, fluidification et facilité d'évacuation intestinale de la bile. Huit jours suffisent pour la recoloration des selles et la cessation du prurit.

- Dans les **cholécystites** et **angiocholites**, suppression de la douleur dans les cinq premiers jours, et de l'élément infectieux dans la quinzaine.

- Le débit biliaire redevenu normal ranime la tunique musculaire de l'intestin, aseptise les **fermentations putrides**, stimule le péristaltisme et les glandes intestinales, augmente le volume des selles et rend les matières plus molles. **Aucune constipation physiologique ne résiste à Evonyl.**

- Le foie étant désengorgé et décongestionné, le tractus intestinal régularisé, on constate chez les **hypertendus** une chute de tension immédiate, avec atténuation des phénomènes nauséeux ou de dyspnée, allant jusqu'à la disparition au bout de deux à trois mois.

## COMPOSITION
(ASSOCIATION DE DEUX SYNERGIES)

*SYNERGIE OPOTHÉRAPIQUE : Extraits biliaires et de glandes intestinales, ferments lactiques.*
*SYNERGIE VÉGÉTALE : Évonymine verte, agar-agar, fucus, podophyllin, etc.*

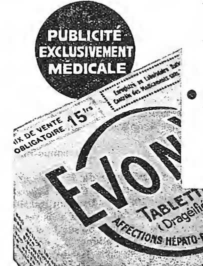
## INDICATIONS
(AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES)

*Lithiase biliaire, coliques hépatiques, ictères divers, ictères des pays chauds, cholécystite, angiocholite, congestion du foie, cirrhose hypertrophique biliaire, cholémie familiale, constipation sous toutes ses formes, hypertension, prurits, dermatoses.*

## POSOLOGIE

*Dose par 24 heures :*
*Adultes : 2 tablettes — Enfants : 1 tablette*
*Action rapide, une demi-heure avant le repas du soir*
*Action normale, immédiatement après le repas du soir*

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE
(RHONE)




15 fr

TRAITEMENT 30 JOURS

J & C.

de s'efforcer uniquement de compenser la déficience de la vitamine $B_1$. Les doses élevées peuvent contribuer à maintenir l'hyperfonctionnement thyroïdien. La vitamine $B_1$ n'exerce aucune influence sur l'hyperactivité du corps thyroïde des cobayes provoquée par l'hormone provenant du lobe antérieur de l'hypophyse.

FRIBOURG-BLANC.

### MEDYCYNA
### (Varsovie)

**J. W. Grott.** ***Diastase et régulation du sucre dans le sang*** (*Medycyna*, n° 17, 7 Septembre 1938, p. 647-654). — Dans un travail expérimental, G. étudie le rôle joué par la diastase du sang dans la régulation du taux du sucre sanguin. Les expériences sont effectuées en plusieurs séries sur des sujets normaux, sur les malades atteints de diabète ou d'autres affections et enfin sur des lapins. G. soumet les sujets d'expérience au régime de surcharge sucrée ou à l'action de l'insuline. Il résulte de cette étude que le taux de l'amylase dans le sang s'élève rapidement pendant la période d'hypoglycémie et que son rôle vital vise la transformation du glycogène en glucose dans les réservoirs centraux et périphériques. L'élévation du taux de l'amylase du sang au cours de la période d'hypoglycémie semble être destinée à défendre l'organisme contre les suites fâcheuses de l'hypoglycémie. Le mécanisme de cette défense est le même au cours de l'hypoglycémie insulinique qu'au cours de la période hypoglycémique enregistrée sur les courbes glycémiques à la suite de la surcharge de l'organisme par le glucose et se traduit par une élévation notable du niveau de l'amylase dans le sang. L'amylase transportée par le sang à la périphérie a la possibilité d'agir sur les centres emmagasinant le glycogène, tels que le foie. Cette mobilisation de l'amylase du foie s'effectue sous l'influence du système neuro-humoral antagoniste par rapport à l'insuline. Les données recueillies au cours de cette étude confirment les opinions soutenues antérieurement par G. au sujet du parallélisme des fonctions chez les diabétiques et chez les sujets sains. Les courbes de l'amylase chez les sujets sains diffèrent peu de celles des diabétiques.

FRIBOURG-BLANC.

**J. Walawski.** ***De l'atteinte généralisée du système réticulo-endothélial*** (*Medycyna*, n° 18, 21 Septembre 1938, p. 682-684). — Une jeune malade de 17 ans, atteinte antérieurement de maladie mitrale d'origine rhumatismale, présenta des signes de septicémie à entérocoques, avec myocardite et endocardite ulcéreuse. Au cours de l'évolution des manifestations septicémiques, se forma un anévrysme de l'artère iliaque externe gauche et une thrombophlébite de la veine fémorale. L'autopsie révéla l'existence d'un gros hématome rétropéritonéal dû à la rupture de l'artère iliaque externe.

W. étudie la pathogénie de la redoutable complication à laquelle la malade a succombé. Il attribue l'anévrysme de l'artère iliaque à l'atteinte généralisée du système réticulo-endothélial. Au cours de l'endocardite ulcéreuse tout le système réticulo-endothélial a été intéressé, sans excepter l'adventice des vaisseaux artériels. La raison décisive des états inflammatoires du système réticulo-endothélial du cœur et des vaisseaux réside dans l'état allergique de l'organisme sensibilisé aux substances albumineuses bactériennes toxiques et à l'affaiblissement des réactions défensives des parois vasculaires.

FRIBOURG-BLANC.

**B. Kassur.** ***De la septicémie méningococcique chronique*** (*Medycyna*, n° 20, 21 Octobre 1938, p. 747-749). — K. rapporte la description de deux cas de septicémie méningococcique chronique, tous les deux terminés par la mort. Les deux malades ont été l'objet de plusieurs erreurs de diagnostic malgré de multiples séjours dans les hôpitaux. K. souligne les difficultés du diagnostic dont on trouve l'explication dans la diversité de l'évolution de la maladie et dans la rareté d'apparition du méningocoque dans les cultures. Le deuxième cas surtout fut particulièrement difficile en raison de l'absence de signes positifs. Le malade présentait uniquement des poussées fébriles. Au cours de la septicémie méningococcique, il peut exister des périodes de rémission d'une durée de plusieurs semaines. L'apparition du purpura est d'un pronostic défavorable. Les cultures positives sont difficiles à réaliser. Il semble que le tableau clinique de la septicémie méningococcique est formé par une série de chocs anaphylactiques séparés par des périodes d'antianaphylaxie. Il est possible que le facteur réel des chocs anaphylactiques successifs ne soit pas le méningocoque vivant. L'existence des états antianaphylactiques expliquerait suffisamment les périodes de rémission.

FRIBOURG-BLANC.

### WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
### (Varsovie)

**K. Wolfram** et **C. Pollak.** ***Traitement du choc post-opératoire dans la maladie de Basedow par l'iode administré par la voie intraveineuse*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **15**, n^os^ 23-24, 23 Juin 1938). — W. et P. soulignent l'importance du traitement iodé préventif chez les malades devant subir une intervention chirurgicale sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow. S'inspirant du travail antérieur d'un auteur polonais, V. Elner, W. et P. administrent par la voie intraveineuse de l'iodure de sodium dans le choc opératoire dû à l'intervention chirurgicale pratiquée. Ils rapportent l'observation d'une malade chez laquelle ce traitement, effectué à une dose variant de 0 *g*. 2 à 0 *g*. 5, et répété 2 à 3 fois par jour, a donné d'excellents résultats dans un cas de choc opératoire survenu après l'ablation presque totale d'un goitre. L'administration d'iode par la voie intraveineuse est précieuse en raison de la rapidité d'action de l'iode.

FRIBOURG-BLANC.

### PRZEGLAD DERMATOLOGICZNY
### (Varsovie)

**D. Rubinstein.** ***Polyglobulie comme facteur pathogénique des modifications cutanées dans un cas d'érythrodermie au cours de la sclérose de l'artère pulmonaire*** (*Przeglad Dermatologiczny*, t. 33, n° 1, Mars 1938). — R. rapporte l'observation et les résultats d'études microscopiques d'un malade atteint d'érythrodermie et présentant simultanément une polyglobulie symptomatique due à l'existence de lésions scléreuses de l'artère pulmonaire. Les manifestations cutanées ont été en rapport direct avec la polyglobulie et les troubles de nutrition de la peau consécutifs à la sclérose de l'artère pulmonaire qui s'est terminée par la mort.

R. souligne les variations de coloration de la peau suivant la période de la maladie. La teinte violet foncé s'atténuait progressivement au fur et à mesure de l'aggravation de la maladie causale. Parallèlement, le nombre des globules rouges du sang allait en régressant, donnant grossièrement l'impression d'une amélioration. Le prurit était relativement peu accusé. Dans le tableau microscopique, R. signale la dilatation vasculaire associée à l'état congestif de la peau, surtout au voisinage des papilles où il existe de nombreuses cellules pigmentaires sans dépôt sidérique.

FRIBOURG-BLANC.

### ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
### (Stockholm)

**T. Olovson** (Boden). ***Traumatisme et leucémie*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. **82**, fasc. **1**, 13 Février 1939, p. 63-86). — Trois ans après une fracture ouverte des os de la jambe traitée par ostéo-synthèse avec greffe de Lambotte et après une deuxième intervention pour pseudarthrose, un jeune officier de 26 ans présenta une leucémie myéloïde. La même affection aiguë et mortelle fut observée chez un ouvrier de 35 ans à la suite d'une simple contusion.

A l'occasion de ces deux observations relatées en détail, O. a recueilli dans la littérature 60 autres cas analogues et discute la valeur du traumatisme dans l'étiologie des leucémies.

49 fois sur 69, le traumatisme consistait en une contusion de l'abdomen au niveau de la région splénique; 21 fois, il avait porté sur une autre région; chez 8 sujets seulement, la lésion était une fracture.

Une relation de cause à effet peut être invoquée. Il est possible que le traumatisme soit le facteur déclenchant des accidents chez un individu prédisposé à la leucémie. Néanmoins, le traumatisme ne joue sans doute qu'un très petit rôle, puisque celui-ci est très fréquent et les leucémies traumatiques très exceptionnelles.

Sur 19 cas soumis à expertise pour le compte de Compagnies d'Assurances, 12 furent indemnisés en tenant compte du rôle possible joué par l'accident dans l'apparition de la maladie.

ROBERT CLÉMENT.

# REVUE DES JOURNAUX

### LE BULLETIN MÉDICAL
### (Paris)

**L. Michon. *Indications de la résection transurétrale*** (*Le Bulletin Médical*, t. **53**, n° 8, 25 Février 1939, p. 139-141). — Les améliorations de l'instrumentation et les perfectionnements réalisés pour les générateurs de courant électrique (haute fréquence, courants à ondes amorties, courants coupants, coagulants ou mixtes) ont ouvert de nouvelles perspectives pour la chirurgie endo-urétrale. La résection transurétrale expérimentée par les urologues du monde entier a acquis droit de cité, elle a ses indications et donne parfois d'excellents résultats.

Dans la maladie du col vésical, la résection transurétrale semble devoir prendre la première place, Ses résultats ne le cèdent en rien à ceux de l'ablation de col par voie transvésicale, et ils sont obtenus plus simplement et plus rapidement.

Pour l'adénome prostatique, il ne faut pas opposer prostatectomie et résection, il faut fixer les indications de chacune des deux méthodes. La prostatectomie est actuellement une opération très bénigne, ce n'est donc pas sur le moindre danger de la résection qu'il faut fixer les indications de cette dernière. C'est dans le volume des lésions que l'on trouvera les indications et les contre-indications de la résection endo-urétrale.

Dans le cancer de la prostate, les risques de dissémination du cancer et d'accélération de sa marche ne sont pas tels qu'ils doivent conduire à l'abandon de la résection transurétrale. Celle-ci mérite de prendre place à côté de la cystostomie définitive, seule intervention que beaucoup d'urologues opposent au cancer prostatique. La résection est, dans ce cas, un palliatif permettant au malade de vider sa vessie, elle pourra être répétée et a l'avantage d'éviter le port d'une sonde suspubienne à demeure.

Robert Clément.

### ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE MEDICO-CHIRURGICALE
### (Paris)

**G. Roussy et M. Mosinger. *Les corrélations épiphyso-hypophysaires (Le système neuro-endocrinien du cerveau)*** [*Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **15**, n° 8, Novembre 1938, p. 847]. — Le rôle de la glande pinéale est encore très obscur. Le syndrome de puberté précoce dépendant de lésions destructives de l'épiphyse peut fait penser que cet organe a un rôle anti-gonadotrope, s'opposant à celui de l'hypophyse, d'où l'intérêt de la recherche des connexions épiphyso-hypophysaires.

La neurocrinie, ou migration dans le tissu nerveux des produits de sécrétion de certaines glandes, peut être démontrée à partir de l'épiphyse, notamment une neurocrinie pigmentaire qui se fait surtout dans les cavités ventriculaires, mais sans doute aussi vers les méninges et dans le système vasculaire. Le complexe épithalamo-épiphysaire est tout à fait symétrique, sur le toit du 3e ventricule, du complexe hypothalamo-hypophysaire qui est sous son plancher.

Les centres nerveux régulateurs de l'épiphyse sont très nombreux et répartis sur une zone très étendue. Ce sont les centres épithalamiques, les centres hypothalamiques, thalamiques et paraventriculaires, le ganglion cervical supérieur du sympathique. Ces formations appartiennent aux deux systèmes parasympathique et orthosympathique.

D'après ces connaissances anatomiques on peut penser que l'épiphyse reçoit ses principales incitations du centre associatif sous-cortical, des voies olfactives et optiques, et aussi de l'état du liquide céphalo-rachidien.

Une étude spéciale est faite des connexions hypophyso-épiphysaires. Elles se font par voie nerveuse et par voie hormonale. Le fait est à retenir pour une meilleure connaissance des équilibres endocriniens.

De ces deux organes principaux, hypophyse et glande pinéale, il faut rapprocher des formations moins importantes, mais très probablement de même nature : l'organe sous-commissural et l'organe paraventriculaire. L'embryologie permet de comprendre l'unité de fonctionnement de ce système neuro-endocrinien du diencéphale.

P. Moulonguet.

### ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
### (Paris)

**H. Behçet, Ottenstein, Lion et Dessauer. *Les dermatites des figues*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 1, Janvier 1939, p. 32-48). — La manipulation des figues vertes détermine, en Turquie, des dermites fréquentes en Mai-Juin chez des sujets hypersensibles et prédisposés. C'est d'abord un *érythème*, puis apparaissent des *vésicules* du genre dyshidrosique, parfois des *bulles*. Puis les lésions guérissent, laissant une *pigmentation brune*, d'aspect pellagroïde. Parfois ces malades présentent aussi des lésions de la muqueuse des joues et des ulcérations buccales.

La manipulation et l'empaquetage de figues mûres et *sèches* provoque aussi une dermatite qui atteint presque tous les ouvriers occupés pendant un certain temps dans des établissements de ce genre ; cette variété suppose aussi une prédisposition allergique. Elle revêt, en général, une forme lichénoïde eczémateuse avec, parfois, une inflammation de la matrice unguéale.

L'*ingestion* de figues et de confitures de figues produit aussi parfois des réactions cutanées et digestives (diarrhées, nausées, vertiges), qui suppose aussi une réaction allergique.

H. B., O., L. et D. ont particulièrement étudié la dermatite des figues vertes à l'aide de nombreux tests : ils concluent que la substance toxique doit être une matière activable par la lumière, sans doute des ferments oxydants et peroxydants contenus dans les figues.

R. Burnier.

**Behçet, Ottenstein, Lion et Dessauer. *Les dermatites des figues*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 2, Février 1939, p. 125-138). — Continuant leurs recherches sur les facteurs étiologiques de la dermatite des figues, B., O., L. et D. estiment qu'il faut éliminer, dans certains cas, l'action de la lumière. Des sujets préalablement traités avec le suc de figues, en préservant les parties préparées de l'action de la lumière, réagirent cependant sous forme d'érythème et de bulles. Cependant, dans d'autres cas, ils ont observé une véritable photodermite provoquée par l'irradiation ultra-violette sur des endroits préalablement préparés au suc de figues. Ils ne peuvent expliquer les causes de ces variations.

Ils pensent que la chlorophylle n'est pas la seule substance nocive ; celle-ci est contenue surtout dans du suc laiteux blanc de *ficus carica* et se laisse extraire avec des solutions alcoolo-aqueuses.

Des ferments oxydants, comme la peroxydase du raifort, paraissent exercer une action activante, sinon spécifique, en ce qui concerne l'action de la lumière.

L'importance de la dermatite dépend de divers facteurs : de la quantité de substance, de la dilution ; elle peut être augmentée en traitant préalablement la peau avec de l'eau, du savon, une lessive de soude, de l'alcool ou de l'éther.

Elle dépend aussi de la sensibilité régionale et surtout de la disposition allergique.

R. Burnier.

**Dainow. *Pathogénie de l'érythrodermie arsénobenzolique ; rôle du système nerveux végétatif et de la vitamine C*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. **10**, n° 2, Février 1939, p. 139-145). — La nature de l'érythrodermie arsénobenzolique est encore discutée. Certains auteurs considèrent cette dermatose comme une manifestation cutanée d'*intoxication* par le médicament, d'autres en font une réaction individuelle d'*intolérance* où le terrain joue un rôle de premier plan ; parmi les éléments qui composent le terrain, le système nerveux végétatif occupe une place importante : œdème et rougeur sont la conséquence d'un *déséquilibre vago-sympathique* et peuvent résulter soit d'une paralysie sympathique, soit d'une excitation parasympathique sous l'influence de l'arsénobenzol.

L'influence favorable de l'adrénaline permet d'écarter l'hypothèse d'une paralysie sympathique.

Par contre, le déséquilibre neuro-végétatif, qui caractérise l'érythrodermie salvarsanique, paraît être le résultat d'une *excitation parasympathique* sous l'influence de l'arsénobenzène. En effet, D. a prescrit, à plusieurs érythrodermiques, du *sulfate d'atropine*, médicament inhibiteur du parasympathique, avec de bons résultats.

D. a montré antérieurement que les malades qui présentent des accidents au cours d'un traitement salvarsanique sont *carencés en vitamine C*. L'administration d'acide ascorbique permet d'éviter l'apparition des accidents et d'y remédier. L'acide ascorbique paraît exercer sur le parasympathique une action régulatrice et protectrice. Selon le degré de la carence en vitamine C., cette action est incomplète ou fait défaut, et l'organisme réagit à l'introduction de l'arsénobenzène d'une façon désordonnée.

Les autres érythrodermies se comportent de la même façon : D. a traité, par le sulfate d'atropine, deux malades atteints d'érythrodermie grave survenue à la suite d'injections de sels d'or ou d'injection de propidon. La guérison en 46 et 29 jours met en lumière le rôle du système parasympathique dans la production de la dermatose. D. a également constaté l'existence d'une hypovitaminose C dans plusieurs cas d'érythrodermie aurique, rapidement guéris par l'administration d'acide ascorbique.

Le système parasympathique joue donc un rôle important dans la pathogénie des érythrodermies médicamenteuses en général. Ce rôle est lié à celui de la vitamine C.

R. Burnier.

### ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

**M. Chiray** et **M. Bolgert.** ***Le test à la sécrétine dans les affections du pancréas*** (*Archives des Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, t. 29, n° 1, Janvier 1939, p. 5-32). — Ces recherches, déjà commencées il y a douze ans, ont été reprises depuis quatre ans suivant une nouvelle technique.

Avec cette épreuve, il est presque toujours possible, sauf dans le cas de lésions bénignes, d'affirmer l'atteinte ou de démontrer l'intégrité du pancréas.

On peut même aller plus loin et préciser la nature des lésions. C'est ainsi que les kystes et les pseudo-kystes ne provoquent que des modifications très légères de l'activité pancréatique; les lithiases déterminent un suc sirupeux, peu abondant, avec activité diastasique très basse, l'activité trypsique étant nulle.

Dans les cancers, les résultats sont variables: suc incolore ou hémorragique, d'activité diastasique diminuée. Ce sont, sauf la présence de sang, les mêmes résultats dans les pancréatites; de même l'absence complète et durable de coloration du suc est en faveur du cancer. Sur 12 cas de cancer, 7 fois le test à la sécrétine donnait une quasi-certitude.

Le suc coloré ou incolore de façon intermittente avec volume normal et activité normale est en faveur d'une compression sus-pancréatique du cholédoque.

Une amélioration de la technique peut permettre par tubage duodénal rapide un test à la sécrétine au complet en trois quarts d'heure.

J. Okinczyc.

### ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES (Paris)

**L. Dérobert.** ***Le coup de chaleur. Sa pathogénie*** (*Archives des Maladies professionnelles*, t. 2, n° 1, Janvier-Février 1939, p. 5-24). — Les troubles engendrés par la chaleur peuvent être occasionnés soit par la chaleur solaire (professions agricoles), soit par un foyer de toute nature (hauts fourneaux, salles de machines, fours à coke, mines, industries textiles, papeteries, blanchisseries, etc...).

Le premier accident dû à la chaleur, accident bénin que l'on observe fréquemment, est la syncope. On lui reconnaît généralement une cause d'ordre circulatoire: vaso-dilatation périphérique intense entraînant une chute importante de la tension artérielle qui, chez les individus dont l'organisme cardio-vasculaire n'est pas suffisamment résistant, s'accroît encore, entraînant une accélération des mouvements cardio-respiratoires, et une anémie cérébrale et bulbaire, d'où syncope. Le séjour rapide à la température ordinaire ou même l'action d'un mouvement d'air frais, entraînant un réflexe cutané, fait disparaître les symptômes. Mais cette pathogénie ne saurait expliquer les accidents tardifs et graves du coup de chaleur (crampes, convulsions, coma et mort).

Examinant les diverses théories proposées (action directe de la chaleur sur le sang, sur la myosine, sur le système nerveux; suppression de la sudation ou de perspiration cutanée; théorie plus générale de l'intoxication de Vincent; celles du choc de Charles Richet fils et de l'anaphylaxie de Lumière, se basant sur ses recherches expérimentales sur des chiens, lapins, cobayes, expériences qui sont exposées en détails, l'auteur conclut que l'origine des troubles graves du coup de chaleur est la désintégration des albumines. Lorsque la désintégration est importante, l'afflux considérable des « albumoses » crée des lésions aussi importantes que celles dues au choc anaphylactique. Lorsque la désintégration est moindre, ces « albumoses » sont encore capables de déterminer les mêmes lésions sur un organisme antérieurement sensibilisé, sans que cette sensibilisation ait besoin d'être spécifique, ou sur un organisme dont les barrières antitoxiques sont déficientes. Ces produits de désintégration, au premier rang desquels se trouvent les polypeptides, déterminent des lésions primitives des centres végétatifs dont sont redevables les troubles organiques généraux.

L'action des produits de désintégration explique pourquoi le coup de chaleur est particulièrement fréquent au cours de la fatigue, de l'inanition, de l'acidose en général, les produits toxiques élaborés s'ajoutant à ceux produits par l'effet de la chaleur. La localisation nerveuse des lésions explique encore la sensibilité particulière de certains individus: les vagosympathiques et, en particulier, les vagotoniques. De même l'action toxique des produits de désintégration explique la prédisposition des hépatiques, des acidosiques.

A. Feil.

### LA MÉDECINE INFANTILE (Paris)

**M. Chevalley** et **P.-G. Zivy** (Paris). ***Vaccination par l'anatoxine mixte (diphtérique et tétanique) des enfants tuberculeux hospitalisés à Brévannes*** (*La Médecine infantile*, an. 46, n° 2, Février 1939, p. 41-52). — La section des enfants à l'hôpital de Brévannes comporte 50 lits, et il y a quelques années on y observait encore des cas sporadiques de diphtéries dont quelques-uns mortels. Ces cas se firent plus rares à partir de 1934, année où l'on commença à pratiquer la vaccination anti-diphtérique à l'hôpital.

Depuis 1935 la vaccination par l'anatoxine mixte fut appliquée avec rigueur à tous les enfants dès leur entrée. Et, pour 1.800 enfants admis depuis plus de 3 ans, il n'y a pas eu 1 cas de diphtérie. Dans ce milieu cependant le contage persiste car la diphtérie s'est manifestée chez des agents hospitaliers et la diphtérie nasale a été décelée chez plusieurs entrants.

Cette vaccination des enfants tuberculeux hospitalisés n'a donné lieu à aucun accident grave; mais elle a provoqué des incidents morbides d'une évidente bénignité avec une très grande fréquence.

C. et Z. ont soumis à cette vaccination mixte 176 enfants, dont 87 filles et 89 garçons: 57 de 1 à 4 ans, 62 de 4 à 7 ans, 57 de 7 à 15 ans. Le pourcentage moyen d'incidents après vaccination est de 60 pour 100.

Les accidents bénins peuvent être répartis en 4 groupes : 1° réaction fébrile; 2° fièvre accompagnée d'angine, de rhinite, d'otite ou associée à une bronchite ou à une légère congestion pulmonaire; 3° réaction fébrile et troubles digestifs; 4° réaction fébrile et ictère.

L'injection d'anatoxine aux enfants *tuberculeux* peut déclancher des infections banales des voies aériennes ou digestives; elle n'a jamais été à l'origine d'une poussée évolutive de tuberculose.

G. Schreiber.

### REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

**Keller** et **Limpach.** ***La transfusion sanguine dans les infections puerpérales généralisées*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, an. 34, n° 3, Mars 1939, p. 129). — K. a pratiqué, depuis 1934, 21 transfusions pour septicémie puerpérale (transfusions thérapeutiques contre la maladie déclarée et non pas transfusion prophylactique après l'accouchement pour remonter l'état de la femme, — transfusion de sang et non immuno-transfusion). Il en donne les résultats, qui lui apparaissent comme très satisfaisants et témoignant d'une « valeur thérapeutique incontestable », tout en reconnaissant qu'en matière d'infection puerpérale, il est difficile de fournir la preuve absolue d'une influence curatrice. Plusieurs femmes avaient des hémocultures positives à strepto-hémolytique, à strepto-anaérobie, à colibacille; dans un cas où l'on fit 5 hémocultures, les deux dernières furent négatives. Divers symptômes, considérés comme très graves, figurent dans certaines observations: ictère, hémorragies secondaires, symptômes péritonéaux; certaines femmes étaient en pleine phlébite. La transfusion a eu, souvent, un effet tonique, très apprécié des malades. La guérison, dans un cas, a été précédée d'urticaire. La transfusion, pour être utile, doit être *précoce* et *répétée* à intervalles assez rapprochés (5 à 8 jours). Elle n'a pas besoin d'être abondante (150 à 200 g.). Contre-indication : phase terminale avec métastases (parotidite), endocardite, néphrite, hépatite, affection pulmonaire aiguë.

Henri Vignes.

### REVUE DU RHUMATISME (Paris)

**R. Thurel.** ***Les ostéo-arthropathies d'origine cérébrale*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 6, n° 2, Février 1939, p. 95-106). — Un homme de 63 ans présentait au niveau de la main droite des déformations rappelant celles du rhumatisme chronique: articulations des doigts gonflées et partiellement ankylosées, dont la mobilisation était douloureuse. A ces déformations correspondaient des lésions ostéoarticulaires visibles sur les clichés radiographiques: ostéoporose diffuse des os de la main et de l'avant-bras, aspect flou des interlignes articulaires des phalanges. La peau de la main était de coloration rosée, les parties molles étaient le siège d'une infiltration œdémateuse, dure, ne prenant pas le godet. L'hyperthermie locale, perceptible à la palpation, était de 34°2 à droite, contre 28° à gauche. Les oscillations artérielles à l'avant-bras étaient plus amples à droite qu'à gauche.

Antérieurement à ces manifestations articulaires, ce malade avait fait, en 8 mois, une douzaine de crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne droite, suivie d'aphasie transitoire. L'examen neurologique montra une parésie faciale droite centrale discrète. L'encéphalographie montra un déplacement de l'ensemble du système ventriculaire vers la droite et une asymétrie des ventricules latéraux, le gauche étant aplati et abaissé, confirmant l'hypothèse d'une tumeur cérébrale.

Le mois suivant s'installa une hémiparésie droite avec aphasie qui, s'accentuant avec rapidité, obligea à intervenir. On enleva un volumineux méningiome comprimant la région rolandique gauche. Le malade mourut quelques jours après.

L'arthropathie ayant précédé les troubles paralytiques, on ne peut incriminer l'immobilisation, seuls les troubles vasculo-sympathiques peuvent expliquer les altérations ostéo-articulaires.

Les troubles vasculo-sympathiques générateurs de l'ostéo-arthropathie nerveuse ne sont pas dus à une inhibition du sympathique, mais à un fonctionnement exagéré et déréglé de ce nerf.

Robert Clément.

**R.-G. Snyder**, **C. Traeger** et **Le Moyne-Kelly.** ***La chrysothérapie dans le rhumatisme chronique*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 6, n° 2, Février 1939, p. 107-124). — Dans 100 cas de rhumatisme chronique, on a appliqué la chrysothérapie. Le plus souvent on a utilisé le thiosulfate double d'or et de sodium (Sanochrysine) par voie intra-veineuse. La dose initiale était de 5 *mg.* s'il n'y avait pas de réaction, la dose était augmentée de 5 *mg.* ou plus jusqu'à 100 *mg.*, avec une dose totale ne dépassant pas 1 *g.* Chaque série de 12 à 15 injec-

tions était séparée par une période de repos de 6 à 8 semaines. Dans les autres cas, on a injecté par voie intra-musculaire du sulfhydryl naphtol trisulfocarboné d'or (Aurocéine). Le malade était minutieusement choisi pour éliminer les hypersensibles, hépatiques, intestinaux, etc...

Dans le groupe des rhumatismes inflammatoires, 24 malades sur 50 (48 pour 100) ont présenté une amélioration clinique certaine. Dans le groupe des ostéo-arthrites, 9 malades sur 20 (45 pour 100) ont été améliorés. Tandis que dans le groupe des formes mixtes, 8 sur 22 (26 pour 100) seulement ont présenté une amélioration.

Le pourcentage des réactions toxiques ne fut que de 17 pour 100. Elles furent, en général, modérées sauf dans 3 cas.

Dans les rhumatismes évoluant depuis moins de 2 ans dans la forme inflammatoire, sur 50 cas on a constaté 1 excellent résultat, 5 bons résultats, 18 satisfaisants, 26 mauvais. Sur 20 ostéo-arthrites, résultats : excellent, 0; bons, 4; satisfaisants, 5; mauvais, 11. Formes mixtes, 30 cas; résultats : excellents, 1; bon, 0; satisfaisants, 7; mauvais, 22.

Rhumatismes évoluant depuis plus de 2 ans. Rhumatisme inflammatoire, 14 cas. Résultats : excellent, 0; bon, 1; satisfaisants, 8; mauvais, 5. Ostéo-arthrite, 5 cas; résultats : excellent, 0; bons, 2; satisfaisant, 1; mauvais, 2. Formes mixtes, 7 cas; résultats : excellent, 1; bon, 0; satisfaisant, 1; mauvais, 5.

Les résultats ont été aussi bons après 40 ans qu'au-dessous de cet âge. L'épreuve de la sédimentation globulaire ne s'est pas montrée un témoin fidèle de l'évolution clinique.

ROBERT CLÉMENT.

### REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

**M. Pham-Ngoc-Thach** (Saïgon). ***La tuberculose des fumeurs d'opium*** (*Revue de la Tuberculose*, V[e] série, t. 5, n° 2, Février 1939, p. 203-213). — Un préjugé populaire, courant dans les pays de civilisation chinoise, admet que l'opium, sous la forme où on le fume, peut guérir la tuberculose.

Un certain nombre de tuberculeux deviennent fumeurs d'opium. Sous l'influence des fumées d'opium et du repos, la toux est le premier symptôme calmé. Les hémoptysies sont souvent arrêtées par les pipes d'opium qui peuvent avoir un effet préventif au début d'une poussée évolutive. Si l'opium donne une amélioration réelle des symptômes subjectifs, il n'en est rien pour les signes radiologiques, stéthacoustiques et radiographiques.

Si l'on envisage l'opiomane avéré qui devient tuberculeux, on est frappé de la résistance extraordinaire qu'il présente vis-à-vis de ses bacilles. Cette résistance est peut-être due à l'atténuation de la virulence du bacille sous l'influence des fumées d'opium respirées par le malade. Aussi, socialement, ce malade devient-il un foyer de contamination pour sa famille, d'autant plus funeste que le sujet se résout difficilement à croire qu'il est malade. Il dissémine d'autant mieux son contage que, dans une fumerie, la même pipe peut servir à une grande quantité de gens. L. RIVET.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**Bonnefon.** ***L'œil ypérité. Son traitement*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 11, 12 Mars 1939, p. 168-171). — L'action pathologique des gaz vésicants sur l'œil humain et ses annexes se fait en trois périodes.

La première, d'imprégnation, est muette; elle dure 1 à 3 heures. L'œil, exposé aux vapeurs vésicantes, se laisse imprégner sans la moindre douleur ou gêne.

La période d'état débute de façon foudroyante par l'hypersécrétion de toutes les glandes de la conjonctive, une douleur cuisante accompagnée de photophobie. En quelques minutes, le tableau se complète par l'inondation plasmatique du tissu cellulaire des deux paupières, provoquant leur gonflement et l'oblitération de la fente palpébrale. Cette phase dure 2 à 5 jours, où l'œil a un aspect analogue à celui de la conjonctivite gonococcique, le pus étant remplacé par une sérosité citrine douée de propriétés vésicantes.

Survient ensuite la période de détente, caractérisée par la diminution progressive de l'œdème palpébral, tandis que persiste la sécrétion lacrymale, la photophobie et la vaso-dilatation intense du réseau capillaire sous-muqueux. Cette phase peut durer des semaines, durant lesquelles surviennent des complications infectieuses secondaires sans rapport direct avec l'action vésicante des gaz.

Une thérapeutique rationnelle des lésions oculaires par gaz vésicants doit tendre à accélérer la tendance naturelle des lésions à guérir spontanément et à renforcer les défenses de l'organisme. Les grands lavages sont non seulement impraticables, mais superflus. Cocaïne et pommades sont à rayer du formulaire thérapeutique. Au cours des premières heures, il faut empêcher la rétention du liquide toxique en favorisant l'écoulement constant des sécrétions conjonctivales et lacrymales et en empêchant l'oblitération de la fente palpébrale. Il suffit pour cela de mettre à la disposition de chaque gazé une bassine d'eau chaude et du coton. Dès son arrivée dans un centre hospitalier, et après une nouvelle et soigneuse toilette des cils, on donne des bains oculaires avec une solution hypertonique tiède, à base de sulfate de soude et de sucre, qui réalisent un drainage osmotique de la muqueuse ypéritée. ROBERT CLÉMENT.

### JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

**A. Bernard.** ***Tétanos à forme paraplégique suivi de paralysie du nerf sciatique poplité externe droit*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. 57, n° 9, 26 Février 1939, p. 193-200). — Un garçon de 9 ans, à la suite d'une plaie du talon due à des souliers trop serrés, présenta un tétanos généralisé, dont les symptômes étaient au maximum localisés sur les membres inférieurs, respectant les membres supérieurs. Le trismus n'empêchait pas l'alimentation. La fièvre ne s'éleva pas au-dessus de 38°5. Le traitement consista en injections de sérum antitétanique sous-cutanées et intra-rachidiennes, sous anesthésie générale, en tout 150.000 unités antitoxiques, dont 43.000 par voie rachidienne, en 18 jours. Réactions sériques insignifiantes, mais, 3 semaines après la fin du traitement, l'enfant traîne la jambe droite, marche en steppant, par suite d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe; celle-ci persistait 2 mois plus tard, avec refroidissement du pied, amyotrophie de 2 cm. au mollet, signe de Babinski en flexion, réflexes achilléen et rotulien vifs.

L'intérêt de cette observation est dans la prédominance des symptômes aux membres inférieurs qui, associée à la rétention d'urine, donnait au tableau clinique une allure paraplégique. Comme il est de règle dans les tétanos partiels, la guérison survint.

Quant à la paralysie du sciatique poplité externe survenue après la terminaison de l'infection, il est vraisemblable qu'elle est d'ordre sérique.

ROBERT CLÉMENT.

### LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (Lyon)

**P.-P. Ravault, J. Graber-Duvernay et G. Léger.** ***Les ostéoporoses rachidiennes douloureuses*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 458, 5 Février 1939, p. 69-84). — Ce syndrome est caractérisé anatomiquement par une décalcification frappant électivement les corps vertébraux et susceptible d'entraîner de grosses modifications morphologiques du rachis; cliniquement par un ensemble de signes fonctionnels et objectifs où les douleurs occupent une place prépondérante.

8 observations sur des femmes de 83, 72, 77, 72, 76, 41, 53 et 63 ans ont servi de base à cette étude clinique, étiologique et pathogénique.

Les douleurs constituent le signe capital, elles siègent dans les régions dorsale, lombaire et lombo-sacrée et s'accompagnent d'impotence fonctionnelle, surtout de gêne de la marche et de fatigabilité anormale. Objectivement, la palpation profonde et la percussion ne réveillent pas constamment la douleur. La contracture réflexe des muscles des gouttières est un bon symptôme. Il y a, en général, déformation d'ensemble de la colonne vertébrale, exceptionnellement des fractures spontanées, et quelquefois des symptômes neurologiques radiculaires : abolition des réflexes, anesthésie en bandes, atrophie localisée ou médullaire, paraplégie.

Sur les radiographies, on constate une décalcification diffuse du squelette rachidien, des côtes et du bassin. Le disque intervertébral s'épaissit et prend la forme d'une grosse lentille biconvexe. Accessoirement, on note des calcifications de voisinage, affectant l'allure de butées ostéophytiques, et des calcifications à distance, par exemple sur les cartilages costaux et les artères.

La calcémie est, en général, légèrement abaissée, la phosphorémie normale ou élevée, le taux des phosphatases sanguines augmenté. La formule hématologique et le myélogramme ne fournissent pas de renseignements précis.

L'évolution est chronique, entrecoupée de phases de rémission.

Cette affection atteint surtout les femmes âgées, chez qui l'on trouve surtout des perturbations ovariennes. De nombreuses théories ont invoqué soit des perturbations endocriniennes, soit des phénomènes de carence alimentaire ou solaire. L'incertitude continue à régner sur ce processus d'ostéoporose douloureuse.

ROBERT CLÉMENT.

**M. Pehu et R. Noël.** ***Sur les érythroblastoses du nouveau-né*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 459, p. 113-117). — Sous le terme d'érythroblastoses du nouveau-né, on réunit trois maladies : l'anasarque fœto-placentaire, l'ictère grave familial et l'anémie dite idiopathique du nouveau-né.

Distinctes dans leurs manifestations cliniques et leurs lésions anatomiques, ces trois affections alternent ou se succèdent dans une même lignée familiale et sont reliées entre elles par divers éléments.

En général, elles sont caractérisées par la présence, dans le sang périphérique, d'érythroblastes, globules rouges nucléés n'ayant pas encore achevé leur cycle évolutif. Cependant, la formule sanguine n'est pas constamment troublée, l'érythroblastose peut manquer dans le sang périphérique et même dans les viscères. Ces faits compliquent le problème. On ne peut pas considérer l'altération sanguine comme l'élément cardinal de l'affection. On peut se demander alors si l'hypothèse d'une cause germinale des érythroblastoses périnatales ne s'en trouve pas renforcée. A l'origine de ces trois maladies du nouveau-né existerait une anomalie mésenchymateuse plus ou moins intense susceptible de produire sur l'embryon et sur le fœtus non pas seulement des altérations sanguines, mais encore des anomalies viscérales, des dysgénèses.

On est amené alors à discuter l'appellation à adopter pour désigner ce groupe de maladies de la période voisine de la naissance, la dénomination d'érythroblastoses ne correspondant plus à la totalité des faits. Cependant, on peut actuellement conserver ce terme générique pour désigner des maladies assez voisines du nouveau-né, à la condition

de ne lui accorder qu'une valeur nominale et non celle d'une appellation nosologiquement définie, vraiment représentative d'un état sanguin anormal.

ROBERT CLÉMENT.

**L. Nové-Josserand et Mlle Flottard.** ***A propos du traitement de la chorée de Sydenham par la pyrétothérapie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 459, 20 Février 1939, p. 129-133). — Une enfant de 5 ans ayant une chorée de Sydenham typique, traitée pendant 9 jours au beurre arsenical, puis pendant 18 jours par l'antipyrine, 15 jours par 5 *g*. de salicylate de soude par la bouche et à nouveau 10 jours avec 12 *cg*. de beurre arsenical, ne fut pas améliorée par ces thérapeutiques. Après 4 mois 1/2 d'évolution, on lui injecta 2 $cm^3$ de propidon, qui provoqua une grosse réaction locale et 38°5 pendant 2 jours. Au bout de 5 jours, la malade paraissait légèrement améliorée. Une nouvelle injection de 3 $cm^3$ amena une élévation thermique à 39° et la diminution des mouvements choréiques. Une gêne de la parole persistant, une troisième piqûre pyrétogène fut faite et 10 jours après la malade était normale.

Certaines formes tenaces de chorée de Sydenham paraissant résister aux thérapeutiques usuelles bénéficieront de la pyrétothérapie. La fièvre peut être provoquée artificiellement par des injections de vaccin, de protéines étrangères, de lait ou par des ondes courtes.

La pyrétothérapie est indiquée dans les formes rebelles de la chorée de Sydenham, mais il semble y avoir intérêt à ne pas attendre trop longtemps l'échec de la thérapeutique. Il ne paraît pas y avoir de contre-indications, même les manifestations cardiaques ne seraient pas une raison de s'abstenir.

La fièvre est une réaction de défense de l'organisme. Son mode d'action n'est pas encore élucidé. Il ne semble pas s'agir d'un phénomène de choc puisque, dans l'électropyrexie par ondes courtes, celui-ci n'est pas évident.

ROBERT CLÉMENT.

### LE MÉDECIN D'ALSACE ET DE LORRAINE (Strasbourg)

**Eugène Gelma.** ***L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiatre*** (*Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, Mars 1938). — La conception de Babinski, du pithiatisme, n'est pas admise par G. pour les raisons suivantes :

Dans la disparition des accidents pithiatiques, ce n'est pas la persuasion qui agit mais l'intervention de phénomènes plus complexes liés à l'intervention de l'émotivité et de l'affectivité du malade. D'autant que les manifestations pithiatiques ne sont pas issues de la conscience claire du malade, elles lui semblent indépendantes de lui au même titre que les délires, les hallucinations, les faits d'automatisme mental. De plus, la discrimination entre le fonctionnel et l'organique est plus malaisée qu'on ne le pensait jadis. Il semble que des lésions cutanées, que des manifestations fébriles soient bien non organiques. Que dire de l'influence de la volonté sur le rythme cardiaque ou la tension artérielle chez certains sujets, de syndromes lésionnels, hémiplégie organique, spondylose rhizomélique, guéris à la suite d'interventions minimes, certainement moins choquantes que la psychothérapie armée.

La délimitation entre les phénomènes pithiatiques et physiopathiques reste toujours, de même, un objet de discussion.

Les phénomènes pithiatiques semblent donc bien la conséquence d'un trouble dissociatif intrapsychologique, d'origine endogène, comparable à certains états mentaux schizoïdes. D'ailleurs l'existence d'accidents pithiatiques dans le passé des schizophrènes est loin d'être exceptionnelle. Et G. admet que l'hystérie est un état psychopathique constitué par un ensemble de processus dissociés de la personnalité consciente.

H. SCHAEFFER.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

**H. G. Krainick et Friedrich Müller.** ***Physiologie et pathologie des échanges de graisse. La courbe des cétones sanguines dans le diabète*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 50, 10 Décembre 1938, p. 1760-1762). — Au cours de recherches antérieures, K. et M. ont établi qu'entre la cétonémie et l'état fonctionnel des échanges hydrocarbonés, il existe des relations telles que la cétonémie doit être considérée comme le signe d'un trouble dans la transformation du glycogène musculaire en glycogènie hépatique. Ces considérations ont amené à étudier de plus près la cétonémie diabétique chez 68 malades, dont 30 du Sanatorium pour diabétiques de Garz.

La cétonémie s'est montrée très élevée le matin dans 43 cas, que le malade ait été traité ou non par l'insuline. Dans 8 cas, la cétonémie du soir atteignait à peu près le niveau de celle du matin, mais sans le dépasser. Un sujet, traité par l'insuline-zinc-protamine, faisait cependant exception. De plus, sur 19 des graphiques ainsi dressés, on a constaté des chiffres maximum à la fois pour la cétonémie et pour la glycémie à jeun. Mais il arrive aussi qu'à une cétonémie matinale très élevée corresponde une glycémie à jeun relativement basse. Ce fait a été notamment observé chez un sujet présentant du précoma. Dans ce cas, le traitement fit tomber rapidement les corps cétoniques du sang de 45,5 à 8 *mg*. pour 100 *g*., alors que la glycémie ne passait que péniblement de 380 à 212 *mg*. pour 100 *g*. Il semble donc que la glycémie exprime beaucoup moins l'état des troubles de la nutrition que la cétonémie. Effectivement, des diabétiques peuvent se porter très bien avec une glycémie considérable de 300 *mg*., par exemple, pour 100 *g*. Ainsi, la cétonémie à jeun peut souvent servir d'indicateur thérapeutique en montrant que les combustions se font mal et qu'il faut donner des hydrates de carbone. Dans un cas particulier, il a suffi d'ajouter, le soir, des hydrates de carbone, pour rendre la cétonémie du matin normale.

En étudiant les variations de la cétonémie pendant la nuit, il a pu être constaté que les chiffres, une fois que les effets de l'insuline du soir ont cessé de se faire sentir, remontent en même temps que la glycémie. Ce comportement permet d'admettre qu'il s'agit là d'un phénomène lié au métabolisme des graisses.

Chez un malade dont la glycémie paraissait difficilement modifiable par le régime, on est arrivé, en tenant compte de la cétonémie au lieu de la glycosurie, à donner un supplément important d'insuline le soir et à midi et à faire tomber le taux des corps cétoniques à la normale.

L'acétone de l'urine ne se comporte pas toujours comme la cétonémie. La raison en est que le diabétique excrète de l'acide β-oxybutyrique en proportion plus élevée que celle qui existe dans le sang.

P.-E. MORHARDT.

**Rietschel.** ***Besoins de vitamine C et hypovitaminose C*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 51, 17 Décembre 1938, p. 1787-1792). — Selon R. les besoins quotidiens en vitamine C ne peuvent pas être aussi élevés (50 à 60 *mg*. et même davantage) que l'indiquent bien des auteurs. En tout cas, le traitement de la diphtérie et de la pneumonie par la vitamine C ne donnerait pas de résultats bien significatifs. La ration de 50 *mg*. est tellement supérieure à celle de la population ou de l'armée allemande, principalement en hiver, que, si elle était vraiment nécessaire, du scorbut aurait été observé. Effectivement, la vitamine C des pommes de terre et des légumes diminue rapidement après la récolte et sous l'influence de la cuisson. R. remarque que, d'après une table de Vetter et Winter, il faudrait consommer par jour 500 à 1.000 *g*. de pommes de terre et 30 *g*. de choux rouges ou d'épinards pour arriver à cette dose de 50 *mg*. Wachholder, en ajoutant des fruits à son régime, ce que bien peu de gens peuvent faire, n'est arrivé, pour l'hiver et pour le printemps, qu'à une dose quotidienne de 26 *mg*. de vitamine C. Il y a lieu d'admettre que, d'une façon générale, dans ces saisons, la ration de 10 ou 15 *mg*. par jour est courante.

Les recherches théoriques et les constatations cliniques sont donc séparées par un véritable fossé que R. a cherché à combler. Il rappelle que, d'après Szent-Györgyi, la vitamine C fait partie d'un cycle oxydoréducteur et peut ainsi être resynthétisée dans une proportion importante. De plus, l'état de saturation par la vitamine C ne pourrait être considéré comme l'état normal.

La clinique enseigne qu'en 1917, à Vienne, il a éclaté, parmi les enfants d'un asile de réfugiés et d'une clinique pédiatrique, une épidémie de scorbut, bien étudiée par Tobler, qui a frappé 43,6 pour 100 des enfants dans le régime desquels il n'avait figuré, pendant l'hiver 1916-1917, aucun légume frais et, depuis Noël 1916, aucune pomme de terre. Il a donc fallu, avec ce régime, près d'une année pour que le scorbut devienne manifeste chez la moitié de ces enfants. Les petits malades furent traités par un régime comprenant un supplément de lait et sans autres aliments riches en vitamine. Le lait donné était toujours cuit, ce qui revient à dire que ces enfants ne consommaient pas plus de 5 *mg*. de vitamine C par jour, dose qui suffit à arrêter la maladie ou à guérir les symptômes les plus graves. Avec un citron (20 *mg*. de vitamine C) ou deux pommes de terre (10 à 15 *mg*.), la guérison était certaine.

R. remarque, à ce propos, qu'une tasse de tisane d'aiguilles de pin, qui contient 5 à 10 *mg*. de vitamine C, suffit pour guérir le scorbut. On peut également utiliser quelques tranches de pommes de terre crues, qui sont écrasées dans la soupe ou dans une sauce, ou encore le cynorrhodon.

D'après R., on n'est pas encore arrivé à bien définir le tableau clinique de l'hypovitaminose C et, en fait, chez des enfants nourris d'une façon déplorable et sans vitamines, il a fallu près d'un an pour voir apparaître le scorbut caractérisé. D'après Tobler, le symptôme le plus important est constitué par les altérations dentaires. Les symptômes généraux manquent complètement. D'autre part, d'après ce même auteur, le purpura et la maladie de Werlhof n'ont rien à faire, ni au point de vue étiologique, ni au point de vue pathogénique, avec le scorbut. On sait que le temps de saignement est normal dans le scorbut alors qu'il est toujours prolongé dans la maladie de Werlhof. Il y a également lieu de noter que, d'après Stepp et son école, ce n'est pas la carence de vitamine C qu'il faudrait incriminer en matière d'avitaminose, mais bien souvent l'impossibilité plus ou moins absolue pour les tissus d'utiliser cette vitamine.

R. conclut en disant qu'on ne peut pas compter comme faisant partie du scorbut les diverses formes de purpura et de thrombopénie, les paradentoses et les caries, et que toute la question de la vitamine C est entièrement à reprendre au point de vue clinique.

P.-E. MORHARDT.

**O. Roth.** ***Pathogénèse et traitement de la bronchite fibrineuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n° 51, 17 Décembre 1938, p. 1798-1800). — R. donne l'observation d'une femme de 57 ans qui a été bien portante jusqu'à l'âge de 23 ans, qui présenta alors des troubles de l'audition et qui, depuis 1937, tousse et expectore avec peine de grands lambeaux consistants, phénomènes qui sur-

viennent surtout après un effort physique. Ces accès de toux se renouvellent tous les jours; on constate effectivement l'expectoration de caillots de fibrine amorphes. Des essais de thérapeutique par l'atropine restent absolument sans résultat.

Dans la pensée qu'il s'agissait, comme on l'a prétendu, de phénomènes d'hypersensibilité en rapport avec l'histamine, R. a eu également recours à une préparation d'histaminase (torantil). Il fut constaté à partir du troisième jour que la toux et l'expectoration avaient complètement disparu. A titre de contre-épreuve, on administra de l'histamine et le lendemain l'état de la malade redevint ce qu'il était auparavant; un magnifique moulage des bronches fut ainsi obtenu. Une reprise du traitement fit de nouveau disparaître les symptômes.

Bien que cette malade n'ait pas présenté de symptômes de Basedow, on mesura son métabolisme de base qui atteignit une fois + 50 et une autre fois + 55 pour 100. D'une façon générale, on admet que le processus anaphylactique est essentiellement une libération d'histamine. On comprend ainsi que si la bronchite fibrineuse peut être considérée comme un phénomène anaphylactique, des histaminases soient capables de déterminer la guérison. Mais en fait, contrairement à ce qui se passe dans l'asthme, on n'a, chez la malade de R., trouvé aucun allergène à l'égard duquel il y aurait hypersensibilité cutanée ou intracutanée. Dans la bronchite fibrineuse, il ne peut jamais y avoir qu'un segment de poumon de pris à la fois, sans quoi si, comme dans l'asthme, les deux poumons étaient intéressés, le sujet suffoquerait. Il est possible, de plus, qu'une constitution plus ou moins hyperthyroïdienne intervienne dans la pathogénèse de cette bronchite.

L'analyse du caillot a permis de retrouver 1,2 pour 100 de mucine et, sous l'influence de pepsine, le moulage presque entier s'est liquéfié.

P.-E. Morhardt.

**W. Thiele.** ***Pathogénèse des anémies hypochromiques essentielles*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n$^{os}$ 52-53, 24 Décembre 1938, p. 1835-1836). — L'anémie achylique simple, décrite par Knud Faber, s'accompagne souvent d'atrophie de la muqueuse du pharynx et de l'œsophage ainsi que d'altérations des ongles et de troubles paresthésiques. Elle n'est pas encore élucidée au point de vue étiologie. Tandis que les uns font jouer un rôle important au trouble de la sécrétion gastrique, d'autres, au contraire, n'attribuent à ce symptôme aucune signification. Certains auteurs font, de plus, remarquer que l'achylie, consécutive à une intervention sur l'estomac, ne provoque de l'anémie qu'exceptionnellement. Enfin, on a invoqué le fait que, dans ces anémies, une évacuation brusquée de l'estomac aurait une importance pathogénique. C'est ce que les observations faites par T. semblent confirmer. L'accélération du transit gastro-intestinal constituerait un symptôme très particulier de l'anémie hypochromique essentielle.

Il faut donc admettre qu'en pareil cas une insuffisance de préparation par les acides et par les ferments gastriques jouerait un rôle, surtout si cette accélération du transit est telle que seule une partie de la muqueuse du grêle arrive à remplir ses fonctions assimilatrices. Or, la résorption du fer se fait essentiellement dans le duodénum. Dans le reste du grêle, elle ne s'opère que si l'administration de fer est très importante. Néanmoins, pour faire apparaître l'anémie, un trouble de la résorption du fer ne suffit que si la carence du fer se perpétue pendant plusieurs générations. On sait d'ailleurs que l'anémie hypochromique essentielle est une affection familiale qui survient concurremment avec l'anémie pernicieuse. T. a eu l'occasion, effectivement, d'observer une famille dans laquelle il y avait plusieurs cas d'anémie hypochrome essentielle. Il en est de même pour les troubles de la sécrétion gastrique qui se rencontrent toujours chez les ascendants féminins d'anémiques.

On est ainsi amené à admettre que les enfants de mère présentant un trouble de la résorption peuvent se trouver pourvus de dépôts ferrugineux insuffisants. Ces dépôts peuvent être aussi mis à contribution d'une façon particulière par les hémorragies menstruelles ou gravidiques, ce qui retentit défavorablement sur le fœtus.

En somme, dans la pathogénèse de l'anémie hypochromique essentielle, plusieurs facteurs interviendraient et parmi ces facteurs figure l'accélération du transit gastro-intestinal qui ne semble pas toujours dépendre du taux de l'acidité gastrique et qui entraîne une insuffisance de résorption du fer.

P.-E. Morhardt.

**Robert Sichler.** ***Un cas de maladie d'Addison d'origine traumatique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n$^{os}$ 52-53, 24 Décembre 1938, p. 1839-1840). — S. donne l'observation d'un homme de 38 ans qui, le 4 Juillet 1929, fut atteint par un brancard dans la partie droite du thorax. A l'examen, on constata une fracture de la 10$^{e}$ côte et une sensibilité à la pression de la région lombaire gauche ainsi que du pôle inférieur du rein gauche. Au cours des mois suivants, il survint de l'amaigrissement (14 kg.), un besoin de dormir et des douleurs rénales et vésicales. L'année suivante, l'amaigrissement continua, l'état mental devint sombre et le teint du visage brunit. En 1933, un certificat médical constatait l'existence d'une néphrite chronique sans élévation de la pression sanguine, affection qui fut alors rattachée à l'accident. En 1935, on constata que la peau devenait de plus en plus brune, qu'il y avait des nausées, du vertige et souvent de la diarrhée. En 1938, un examen complet permit de porter le diagnostic de maladie d'Addison traumatique. Par ailleurs, on ne peut pas dire si une seule ou si les deux surrénales sont également intéressées. Parmi les signes qui confirment le diagnostic ainsi fait, figure la lymphocytose avec diminution des polynucléaires, augmentation de l'azote résiduel, etc.

L'administration de corticosurrénale et de vitamine C, associée à un régime riche en hydrates de carbone, a augmenté la diurèse, relevé la température de 3/10 de degré, fait disparaître la pigmentation, augmenté l'appétit, etc. En même temps, dans le sang, les lymphocytes ont diminué et les polynucléaires augmenté.

P.-E. Morhardt.

**H. W. Hotz.** ***La thérapeutique de la sprue*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, n$^{os}$ 52-53, 24 Décembre 1938, p. 1843-1847). — La sprue indigène, qui était considérée jusqu'ici comme rare, se rencontre de plus en plus fréquemment. H. a pu, à la clinique médicale de l'Université de Zurich, en réunir 26 cas sur lesquels, contrairement à ce qu'on admettait jusqu'ici, la thérapeutique a eu des effets nets. Sur 22 cas qui ont été observés pendant un temps suffisant, 4 ont guéri, 13 se sont améliorés et 5 sont morts. La guérison vraie est donc assez exceptionnelle et les rechutes surviennent facilement. Parmi les décès, il en est qui ne sont pas dus directement à la sprue (1 cas de grippe, 2 cas de tuberculose, 1 cas de plaie infectée).

Au point de vue thérapeutique, H. note qu'il est, autant que possible, nécessaire d'hospitaliser les malades. La triade symptomatique : selles grasses, anémie, maigreur, doit être rattachée à des troubles des fonctions intestinales, à un état d'avitaminose et à des désordres endocriniens. Les désordres intestinaux sont représentés par les selles grasses, c'est-à-dire par une résorption défectueuse avant tout des graisses, mais aussi des hydrates de carbone et enfin des vitamines, du calcium, du fer et surtout du principe antipernicieux. Le régime permet d'agir favorablement sur ces phénomènes. Il y a lieu d'abord de réduire les graisses et aussi, dans une certaine mesure, les hydrates de carbone du régime.

P.-E. Morhardt.

**Wilhelmine Rodewald.** ***Action antigonadotropique du sérum de carcinomateux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 26-27). — Etant donné que, dans le sérum de carcinomateux, il existe une antihormone inhibant l'action de l'hormone des mélanophores de l'hypophyse, il y avait lieu de rechercher si, dans ce même sérum, il existe également des substances protectrices vis-à-vis d'autres hormones hypophysaires. Eitel a d'ailleurs établi que, dans 75 pour 100 des cas qu'il a examinés à ce point de vue, on trouve une substance antithyrotrope.

Des recherches de ce genre ont été reprises par R. sur les souris auxquelles il a été injecté à quatre reprises, en trois jours, 0,25 cm$^3$ du sérum à examiner. Les animaux témoins furent traités soit avec un sérum normal, soit avec une hormone gonadotrope, injectés à la dose totale d'une unité. Chez les animaux traités simplement par le sérum normal, on constata une légère réaction folliculaire. Par contre, le sérum de carcinomateux détermina une hyperémie de l'ovaire avec maturation modérée du follicule. L'association de ce sérum avec de l'hormone gonadotrope détermina des effets très différents de ce qui était observé chez les animaux traités exclusivement par l'hormone gonadotrope. L'effet inhibiteur du sérum de carcinomateux a été ainsi mis clairement en évidence. Inversement, le sérum normal renforçait plutôt l'action de l'hormone, notamment en faisant apparaître plusieurs corps jaunes. Ainsi, bien qu'il ait une action de maturation légère sur l'ovaire, le sérum de carcinomateux se montre, dans certaines conditions, capable d'inhiber l'action de l'hormone gonadotrope et plus spécialement l'action lutéinisante du prolan. Il est possible que cette action ne soit pas spécifique, mais dirigée contre tout un complexe hormonal.

On sait d'ailleurs que, chez les carcinomateux, on a constaté des troubles de la fonction sexuelle et que la tendance à la production de tumeurs spontanées observée chez certains animaux devrait être attribuée à une modification dans la production d'hormone gonadotrope, qui, elle, aurait des effets défavorables sur les tumeurs.

P.-E. Morhardt.

**Fritz Brauch.** ***Physiologie pathologique de l'estomac réséqué*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 2, 14 Janvier 1939, p. 53-57). — De nombreuses investigations ont été consacrées aux modifications de la sécrétion qui résulte de la résection gastrique. Par contre, on n'a pas encore consacré beaucoup de recherches aux modifications de la péristaltique gastrique qu'entraînent les interventions de ce genre. B. a pu étudier, à ce point de vue, pendant un temps prolongé, 11 sujets qui avaient subi l'opération de Billroth I. Dans tous ces cas, il a été constaté, entre un et neuf ans après l'opération, que la péristaltique était très vive à jeun. Le plus souvent, cependant, on observait des groupes d'ondes péristaltiques séparés par des périodes de repos plus ou moins marquées. Dans 7 cas où on avait procédé à l'intervention de Billroth II et où la résection avait été assez haute, il n'a pu être constaté d'activité péristaltique. Dans deux cas seulement on put enregistrer des élévations prolongées mais peu marquées de la pression intragastrique.

Il y avait également lieu de se demander s'il était possible d'influer, par l'administration intraduodénale de graisse, sur la péristaltique de l'estomac dans les cas de résection selon Billroth I. Les expériences faites à ce point de vue ont montré que, sur 8 cas, l'inhibition était manifeste mais retardée. L'action réflexe du duodénum sur la moti-


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M"
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin & soir
Echantillons & littératures
LABORATOIRES du D. LAVOUÉ
RENNES (France)




POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens
5, Rue Barruel, PARIS-15e

lité gastrique exige, en effet, que les fibres centripètes provenant du duodénum soient intactes. Il faut également que le facteur humoral puisse jouer. Ce retard dans la réaction d'inhibition est donc le résultat de la destruction d'éléments nerveux.

Ces recherches contribuent à montrer que le chirurgien doit, pour le choix de la nature de la résection, tenir compte des points de vue physiologiques. P.-E. Morhardt.

### MEDIZINISCHE KLINIK
### (Berlin, Prague, Vienne)

**Curschmann** (Rostock). ***Augmentation anormale de la valeur globulaire en cas d'anémie pernicieuse*** (*Medizinische Klinik*, t. **35**, n° 7, 17 Février 1939, p. 203-206). — C. rapporte 6 cas d'anémie pernicieuse dans lesquels on observa une augmentation de la valeur globulaire allant de 2,4 à 3,0. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 49 ans de faible constitution et ayant eu une résection gastrique. Lors de son admission à l'hôpital on constata un taux d'hémoglobine de 28 pour 100, 560.000 globules rouges, 2.710 leucocytes et une valeur globulaire de 2,8 qui atteignit dans les jours suivants 2,0. Après traitement par injections de campolon et d'extraits hépatiques, la valeur globulaire redevint normale. En même temps on constata une amélioration de la formule leucocytaire.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un homme de 43 ans. Lors de son hospitalisation, la valeur globulaire s'élevait à 1,66, mais peu de temps après, une aggravation de son état général avec augmentation de la valeur globulaire à 2,6 se manifesta. A la suite d'injection quotidienne de campolon la crise s'atténua et, 3 semaines après, la valeur globulaire était redevenue normale.

Dans le troisième cas, celui d'un homme de 54 ans, l'issue fut fatale; une valeur globulaire de 2,8 fut constatée d'emblée et montrait un trouble grave de l'hématopoïèse. C. croit que dans ce cas la transfusion pratiquée un jour plus tôt aurait pu sauver le malade, ce qui montre la nécessité de procéder à des transfusions de sang chaque fois que la valeur globulaire dépasse 2,0.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une anémie pernicieuse chez une femme de 71 ans, la valeur globulaire étant de 2,3. Un traitement par injections de campolon fut sans résultat. C. croit que même dans ce cas d'anémie pernicieuse de la vieillesse un traitement peut avoir de l'efficacité à condition que l'anémie pernicieuse soit diagnostiquée à temps et traitée par des transfusions de sang.

Cette dernière remarque est appuyée par l'évolution de l'anémie d'un homme de 54 ans qui fut hospitalisé avec une valeur globulaire de 2,4. Après une transfusion d'un litre de sang, la valeur globulaire descendit en 2 jours à 1,26, en même temps le taux d'hémoglobine progressait de 29 à 42 pour 100 et le nombre des érythrocytes de 681.000 à 1.692.000.

Dans un sixième cas enfin, une femme de 54 ans, ayant une valeur globulaire de 2,2, une augmentation des mégalocytes, de mégaloblastes, de normoblastes, etc., reçut deux transfusions de sang et des doses de 8 $cm^3$ d'« hépatrate »; la valeur globulaire et l'état général de la malade redevinrent rapidement normaux après 4 semaines environ de traitement. Il est à noter que cette anémie pernicieuse existait depuis plus d'un an et n'avait jamais été diagnostiquée ni traitée comme telle. Guy Hausser.

### DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
### (Leipzig)

**Döllken.** ***Les accidents de l'ulirone dans le traitement de la gonorrhée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **107**, n° 44, 20 Octobre 1938, p. 1273-1280). — Sur 370 cas de blennorragie traités par l'ulirone, D. observa 47 accidents (12 pour 100) se décomposant ainsi: 11,9 pour 100 sur 227 femmes, 11,9 pour 100 sur 135 hommes et 50 pour 100 sur 8 enfants.

Trente-cinq fois il s'agit d'*érythèmes* et 12 fois de *manifestations nerveuses*. L'aspect des *érythèmes* constatés est variable: urticarien, morbilliforme, scarlatiniforme, hémorragique; il apparaît surtout au début de la 2e cure, ce qui semblerait faire invoquer un facteur allergique. La fréquence est fonction de la dose employée et de la durée du traitement: 5 pour 100 des cas furent observés avec une dose de 3 *g.* par jour pendant 7 jours, 18,2 pour 100 avec une dose de 3 *g.* pendant 10 jours et 35 pour 100 avec une dose de 4 *g.* pendant 10 jours.

Les accidents les plus graves furent les *myalgies* et les *névrites*. Les myalgies sont habituellement passagères; par contre, les névrites qui peuvent atteindre les nerfs péronier, tibial, plus rarement le médian, le cubital, peuvent entraîner une aréflexie, une atrophie musculaire et une paralysie durable.

Sur les 12 malades atteints de troubles nerveux (3,24 pour 100), il s'agissait 7 fois (1,9 pour 100) de myalgies et 5 fois (1,35 pour 100) de névrites.

R. Burnier.

**Varga von Kibed** (Budapest). ***Exanthème pustulo-bulleux de la face provoqué par l'amidopyrine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **107**, n° 52, 24 Décembre 1938, p. 1517-1519). — Un homme de 45 ans, atteint de néphrite chronique, prit le 22 Avril, au lieu de son calmant habituel, 30 cg. de pyramidon. Le soir même, il ressent une forte démangeaison du visage et du cuir chevelu; les paupières deviennent gonflées, la vision presque impossible.

Le 23, tout le visage est œdémateux et des vésicules séro-purulentes de 1 à 2 *cm.* de diamètre apparaissent. Fièvre modérée. Le sang montre 13 pour 100 d'éosinophiles, 15 pour 100 de lymphocytes et 11 pour 100 de monocytes. Traitement local par des compresses de camomille et injections de calcium.

Le 25, diminution de l'œdème, une partie des pustules se dessèche; le pus des pustules est amicrobien.

Le 28, l'œdème est disparu et les pustules sont sèches. Le sang montre une éosinophilie de 7 pour 100, 24 pour 100 de lymphocytes et 6 pour 100 de monocytes.

Le 25 Avril, on injecte à un rat blanc sous la peau 0,05 $cm^3$ du contenu d'une pustule. Le 26, ce rat reçoit une injection sous-cutanée de 0,2 $cm^3$ d'une solution concentrée d'amidopyrine. En quelques secondes, le rat devint raide, et il mourut en 3 minutes avec des convulsions toniques et cloniques.

Chez un rat non sensibilisé, l'injection de 2 $cm^3$ d'une solution concentrée d'amidopyrine n'est pas mortelle.

L'examen des organes du rat mort montra des hémorragies dans les anses de Henle du rein et des foyers de bronchopneumonie: les autres organes paraissaient sains.

R. Burnier.

**Schneider-Horn** ***Conjonctivite blennorragique bilatérale de l'adulte traitée par l'ulirone*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **108**, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 8-10). — Un homme de 26 ans, atteint d'urétrite aiguë, fit au bout de 5 jours une double conjonctivite aiguë. Les grands lavages des yeux avec une solution de permanganate, les injections intramusculaires de lait ne produisent aucune amélioration et la température vespérale est à 39°.

Le 16 Juin, on prescrit 2 comprimés d'ulirone à 50 *cg.* 3 fois par jour pendant 3 jours; le soir même le malade se sent mieux et la fièvre est à 38°3. Le 18, la sécrétion diminue, ainsi que le chémosis; température 37°6.

Le 20 Juin, régression nette de tous les signes d'inflammation des deux conjonctives; disparition des gonocoques dans la sécrétion.

Le 23, le malade peut ouvrir les yeux; on prescrit une 2e cure identique d'ulirone.

Le 26, les paupières sont normales. Le 30, 3e cure de sécurité d'ulirone. La guérison s'est maintenue.

R. Burnier.

**Wendt.** ***Recherches sur le traitement par le thorium X*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **108**, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 10-14). — W. rapporte trois observations dans lesquelles les applications de thorium X ont donné de bons résultats.

1° Un *nævus verruqueux* systématisé à la moitié gauche du corps, chez une femme de 25 ans; les masses verruqueuses de 3 *mm.* d'épaisseur avaient une coloration brune ou noirâtre. Au bout de 10 applications, les lésions étaient très affaissées, elles disparurent complètement après un nouveau traitement semblable.

2° Un *nævus vasculaire* intense occupait la joue, le cou, le menton d'une fillette de 7 ans; le radium ne pouvait pas être employé en raison de l'étendue du nævus; la neige carbonique fut de même écartée; les applications de thorium X donnèrent un bon résultat.

3° Chez un violoniste de 26 ans, un *durillon* professionnel du cou disparut après 5 applications de thorium X.

Le thorium X, qui a le défaut de coûter cher, peut s'employer en solution alcoolique, en pommade ou en *vernis*. C'est cette dernière forme que W. préconise, et qu'il a employée dans les cas précédents: 3.000 u.e. pour 1 $cm^3$ de vernis. Il faut se méfier des réactions et des érythèmes sur certaines peaux sensibles ou eczématisables, ainsi qu'au voisinage des muqueuses. R. Burnier.

**Marchionini.** ***L'influence des extraits cutanés sur le métabolisme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **108**, n° 6, 11 Février 1939, p. 153-161). — La recherche des échanges des tissus au cours de certaines dermatoses graves chez l'homme a montré que les inflammations graves de la peau peuvent influer sur ces échanges, comme on l'observe après une excitation du parasympathique. On pourrait ainsi observer un trouble du métabolisme des hydrates de carbone et une chute de la glycémie.

Schwarzmann, en 1936, a fait des recherches avec *des extraits cutanés* obtenus en baignant les mains dans l'eau distillée; l'ingestion de ces extraits ou leur introduction à travers la peau n'a pas amené une diminution de la glycémie, mais a provoqué des améliorations en cas de pyodermites, de furonculose ou d'eczéma.

M. a répété les expériences de Schwarzmann, en se procurant un extrait cutané en plongeant les mains pendant une heure dans une cuvette contenant de l'eau distillée. L'absorption de 100 $cm^3$ de cette eau diminue le taux du glucose dans le sang, aussi bien chez les sujets normaux que chez les diabétiques. Mais les extraits cutanés obtenus sont variables suivant les individus.

M. a également constaté que l'action des extraits cutanés s'exerce sur d'autres échanges: c'est ainsi que le contenu en acide lactique et en calcium du sérum diminue, la teneur en potassium et en cholestérine est augmentée. R. Burnier.

### BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ BULGARE DE CHIRURGIE
### (Sofia)

**M. Markov** et **B. Boitchev.** ***Perforation traumatique du duodénum*** (*Bulletins de la Société bulgare de Chirurgie*, t. 3, 1939, p. 38-39). — Les perforations traumatiques des ulcères duodéno-gastriques sont rares. Dans le cas des auteurs le syndrome

de péritonite par perforation est apparu quelques instants après une chute de 2 m. de haut sur une poutre ayant porté sur l'épigastre. Mort quelques heures plus tard. A l'autopsie, la perforation siégeait sur le fond d'un ulcère cratériforme de la face antérieure de la première portion du duodénum. Elle était entourée par la séreuse amincie. L'examen histologique a montré l'absence presque totale de phénomènes inflammatoires et la présence d'hématies dans les tissus ulcéreux et péri-ulcéreux.

MARIN PETROV.

**Marin Petrov** et **G. Guizov.** ***Pneumopéricarde*** (*Bulletins de la Société bulgare de Chirurgie*, t. **3**, 1939, p. 194-206). — A propos d'un cas P. et G. font la revue générale de la question. Le pneumopéricarde pur est rare. Il s'agit beaucoup plus souvent de pyo-, d'hémo- ou de séro-pneumopéricarde. Ce dernier est d'origine accidentelle ou thérapeutique. P. et G. l'éliminent de leur étude. Le pneumopéricarde est une affection rare. P. et G. n'ont trouvé dans la littérature des renseignements plus ou moins complets que sur 43 cas (le séro-pneumopéricarde mis à part).

Au point de vue symptomatologique P. et G. insistent sur les signes fournis par l'auscultation et la radiologie. Ils isolent plusieurs formes cliniques d'après l'étiologie et le genre de l'épanchement. Les pneumopéricardes gangréneux sont les plus graves, les perforations d'une empyème pleural les plus fréquentes (6 cas), les traumatiques les plus suceptibles de guérison par l'intervention précoce (2 cas). Les pleurésies purulentes en rapport avec un pneumopéricarde siègent presque toujours à droite, tandis que les foyes pulmonaires siègent habituellement à gauche. Par contre, les pneumopéricardes accidentels par ponction sont produits en général par une lésion pleurale supposée à gauche. Le pronostic est sombre. P. et G. n'ont trouvé que 4 cas guéris, dont 2 ont été opérés (pneumopéricardes traumatiques) et 2 n'ont pas été opérés, un pneumopéricarde pur par perforation d'une pleurésie purulente gauche déjà ouverte opératoirement à l'extérieur et un pyo-pneumopéricarde sans cause connue.

Malgré les résultats décevants du traitement chirurgical, P. et G. l'acceptent comme principe général dans le traitement de tout foyer suppuré. Ils décrivent les voies d'abord et donnent une assez importante bibliographie.

L'observation est la suivante: Garçon âgé de 14 ans, pleurésie purulente gauche, à la suite d'un épisode pulmonaire. Thoracotomie, avec pose de longs drains pleuraux couchés sur le diaphragme, se dirigeant vers le médiastin. Amélioration, mais le 8e jour apparition d'un syndrome de Brichetteau. Radiographie confirmative. Péricardotomie le 7e jour par volet antérieur de Delorme. Mort 24 heures plus tard. Pus: staphylocoques hémolytiques. P. et G. se demandent si ce n'est pas l'extrémité des longs drains pleuraux qui a usé le péricarde.

ASSEN TITEV.

### *BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)*

**A. R. Koontz** et **R. T. Shackelford.** ***L'anesthésie à l'éther protège-t-elle contre le choc anaphylactique*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **64**, n° 2, Février 1939, p. 125-144). — Chez le cobaye, la narcose à l'éther réduit le pourcentage des morts par anaphylaxie lorsque les animaux sensibilisés à une protéine étrangère reçoivent les injections déclenchantes sous anesthésie. Sur 69 cobayes sensibilisés à une albumine étrangère, ayant reçu des doses choquantes sans narcose, 36 (52 pour 100) survécurent et 33 (47,8 pour 100) moururent. Chez 65 cobayes également sensibilisés, des injections analogues, mais pratiquées sous anesthésie à l'éther, ne provoquèrent la mort que chez 15 sujets (23,1 pour 100). 50 (76,9 pour 100) survécurent. Sur les 15 morts, 1 avait une pneumonie au moment de l'injection et l'autre une atélectasie pulmonaire. Un troisième mourut parce que la narcose avait été trop poussée. Un quatrième décès était dû probablement aussi à l'anesthésie.

Si les résultats obtenus chez les cobayes sont transposables pour l'homme, K. et S. croient, bien que cela ne soit pas prouvé, qu'un malade connu pour être sensibilisé au sérum de cheval aurait moins de chances d'avoir des réactions sériques si le sérum était injecté sous anesthésie à l'éther. Cependant, dans un pareil cas, s'il est nécessaire d'administrer de l'antitoxine tétanique, ils recommandent de rechercher la sensibilité du patient à quelques-uns des autres sérums dans lesquels l'antitoxine peut être apportée et, si le patient n'est pas sensible à l'un de ces sérums, ils conseillent de l'utiliser à la place du sérum de cheval.

De toutes façons, il est préférable de ne pas administrer le sérum antitétanique sous anesthésie sans avoir recherché les épreuves de sensibilisation cutanées et oculaires.

ROBERT CLÉMENT.

### *MEDICAL RECORD (New-York)*

**R. Denig** (New-York). ***Indications de la transplantation immédiate de la muqueuse buccale dans les brûlures de l'œil*** (*Medical Record*, vol. **148**, n° 11, 7 Décembre 1938, p. 395-398). — Les brûlures de l'œil sont une cause très commune de cécité permanente. Chaque année, il y a plus de brûlures des yeux que de décollements de la rétine et, avec le développement de l'industrie chimique, elles deviendront de plus en plus fréquentes. Elles sont produites par la chaleur ou le froid, les liquides chauds ou froids, le radium et par les produits chimiques variés parmi lesquels les plus redoutables sont les gaz de combat.

Pour le résultat d'une transplantation muqueuse à l'occasion d'une brûlure de l'œil, chaque heure compte, car c'est immédiatement que l'opération doit être réalisée.

Les brûlures du premier degré, sans lésion de la cornée, peuvent être traitées médicalement si elles ont été causées par les produits chimiques les moins dangereux comme des acides dilués ou la chaux.

Les brûlures du premier degré sans lésion de la cornée exigent cependant une transplantation muqueuse immédiate si elles ont été provoquées par des alcalis concentrés, des gaz à l'état liquide ou des vapeurs de combinaisons chimiques halogènes dangereuses, comme les gaz de combat.

Les brûlures du premier degré, avec lésion de la cornée, même dues à des agents chimiques peu dangereux, requièrent la transplantation, ne serait-ce que pour raccourcir la durée du traitement et supprimer toute incertitude sur le résultat définitif. C'est au praticien à qui l'on demande d'abord aide pour les brûlures de l'œil au premier degré qu'il appartient de prendre la décision d'une intervention et de se mettre en rapport immédiatement avec l'ophtalmologiste, sinon on n'améliorera pas les statistiques, qui donnent plus de 70 pour 100 de cécité totale ou subtotale avec oblitération du cul-de-sac.

ROBERT CLÉMENT.

### *SURGERY GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)*

**Cl. L. Demring** et **Ch. Neumann** (New Haven, Connecticut). ***Les premières phases de l'hyperplasie prostatique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **68**, n° 2, 1er Février 1939, p. 155-161). — La première modification de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez l'homme consiste en une multiplication des éléments fibromusculaires. Elle ressemble dans ses premiers états au fibromyome utérin, dérivé des cellules musculaires de l'utérus. Or, comme l'urètre postérieur et le sphincter interne de la vessie contiennent des fibres musculaires dérivées de la même origine embryologique que celles de l'utérus, il semble possible d'admettre que ces deux sortes de tumeurs ont la même origine.

Contrairement à Adrion qui soutient que la portion glandulaire de la tumeur dérive nécessairement des glandes urétrales, D. et N. croient qu'elles viennent des canaux au contact du nodule fibromyomateux. Les glandes sous-urétrales d'Albarran ne sont pas envahies dans les lésions au début.

Il est probable que le nodule solide produit une excitation et provoque la prolifération de l'épithélium des canaux qui amène l'épithélium à envahir le nodule fibreux et à y former des glandes. Le tissu fibromyomateux envahi, le tissu glandulaire et les canaux se développant plus rapidement que lui, il en résulte que le nodule plus avancé présente l'apparence d'une tumeur glandulaire encapsulée.

L'élargissement bénin de la prostate n'est pas une hypertrophie, mais une hyperplasie vraie dérivée du muscle, du tissu fibreux et des conduits.

M. GUIBÉ.

**S. A. Buie, N. D. Smith** et **R. J. Jackman** (Rochester). ***Le rôle de la tuberculose dans les fistules anales*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **68**, n° 2, 1er Février 1939, p. 191-196). — La fréquence de la tuberculose dans les fistules anales varie suivant les auteurs entre 1,4 à 61 pour 100 des cas.

Pour déterminer la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse d'une fistule anorectale, la meilleure méthode consiste en l'inoculation aux animaux. Par cette méthode, B., S. et J. ont obtenu 11,3 pour 100 de résultats positifs. L'étude microscopique des coupes histologiques ne montre de la tuberculose que dans 6,6 pour 100 des cas.

La fistule anale est rarement un foyer primitif de tuberculose: dans 77,3 pour 100 des cas de fistules tuberculeuses, il existait un autre foyer tuberculeux.

Quand il y a coexistence de tuberculose pulmonaire et de fistule anorectale, la nature tuberculeuse de la fistule a fortement lieu d'être suspectée. La coexistence d'un foyer de tuberculose et d'une fistule non tuberculeuse ne se rencontrait que dans 5,1 pour 100 des cas.

Après opération, la guérison de la plaie est plus lente dans les cas de fistule tuberculeuse que dans ceux de fistules non tuberculeuses; mais la guérison arrive toujours à être complète quand l'opération a été faite convenablement et la plaie traitée comme il convient.

M. GUIBÉ.

### *FUKUOKA ACTA MEDICA*

**T. Sakurai** et **J. Noda.** ***Considérations sur le pronostic de la schizophrénie*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **31**, n° 11, Novembre 1938). — De 812 schizophrènes, dont 169 présentaient une observation écrite, S. et N. ont constaté que 72 patients (42,3 pour 100) présentaient une rémission complète, 19 (11,2 pour 100) une rémission incomplète, et 45 (22,6 pour 100) étaient sans amélioration. Les 33 patients restants (19,9 pour 100) sont morts.

Le pronostic évolutif ne peut être établi au sortir de la maison de santé, car 47,2 pour 100 des patients présentaient seulement leur rémission à la sortie et 31 pour 100 des malades guérirent après leur sortie.

Le sexe, la durée de la maladie n'ont aucune valeur pronostique. Les cas à début aigu sont sou-

vent suivis de rémission. L'hérédité a peu d'importance; les cas avec un caractère schizoïde grave ont un mauvais pronostic.

Les malades présentant des éclaircies évolutives guérissent dans 45,1 pour 100 des cas.

Des 72 cas en rémission complète, 15 se plaignent encore d'un état nerveux avec céphalée et malaises, et 89,9 pour 100 ont repris leurs occupations.

De ces 72 patients, 38,8 pour 100 présentèrent une amélioration moins de 6 mois après leur sortie de la clinique. Les cas franchement maniaques ou mélancoliques ont un pronostic relativement favorable. L'existence et la nature des hallucinations n'ont que peu de valeur pronostique.

H. Schaeffer.

**Gyoiti Kosaka.** ***Recherches cliniques et expérimentales sur l'action biologique du magnésium-métal*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **31**, n° 11, Novembre 1938). — Les métaux utilisés sont le magnésium et les alliages de l'aluminium utilisés dans l'industrie. Ils sont introduits dans les tissus sous forme d'aiguilles plates, dans le foie, la rate, les reins, le cerveau, les muscles, le tissu sous-cutané, les veines, la cavité abdominale du chien et du lapin.

Déjà 6 heures après leur introduction, on constate l'altération des métaux, qui deviennent gris noir et subissent la corrosion. Les substances métalliques se détruisent complètement avec le temps et constituent finalement une substance informe gris blanchâtre, composée surtout de $Mg(OH)_2$ et de $MgCO_3$.

K. étudie le mécanisme de la transformation du magnésium dans l'organisme, le rôle des ions Cl et des ions $CO_2$. Il faut tenir compte aussi du rôle des actions électriques locales.

Les alliages du magnésium s'altèrent plus vite que le magnésium métal. H. Schaeffer.

**Mituru Kumasawa.** ***Recherches expérimentales sur l'action antisyphilitique des sels de plomb*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **31**, n° 12, Décembre 1938). — K. étudie l'action des carbonates et de l'acétate de plomb sur la syphilis du lapin, sur le trypanosome et la fièvre récurrente de la souris.

K. compare l'action de préparations de sels de bismuth et d'argent avec celle de l'acétate de plomb sur la syphilis du lapin et constate que la guérison survient avec le bismuth en moins de 3 semaines, avec l'acétate de plomb en moins de 5 semaines. Les sels d'argent sont inactifs.

L'activité des sels de plomb est évidente et cette expérience montre l'exactitude de l'opinion de Levaditi que l'activité des métaux utilisés n'a rien à voir avec leur poids atomique.

L'action du sel de plomb n'est pas liée à son action spirochéticide, mais à son action durable. L'acétate de plomb est inactif contre le trypanosome et la fièvre récurrente.

K. compare les résultats donnés par la réaction de Fuchs et la réaction de Wassermann. La positivité de la réaction d'immunité se manifeste alors que le Wassermann est encore fortement positif. Elle est donc plus sensible que celle-ci, d'où son intérêt. H. Schaeffer.

## ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY
### (Varsovie)

**M. Zielinski.** ***Les psychoses confusionnelles de désintoxication*** (*Rocznik Psychiatryczny*, t. **34-35**, 1938, p. 81-88). — Les délires aigus survenant pendant les cures de désintoxication (morphine, alcool) sont bien connus. Ils durent en général quelques jours et se caractérisent surtout par des troubles de la conscience (illusions, hallucinations, désorientation). Z. a observé des psychoses de désintoxication (morphine) qui ont duré plusieurs mois et ont présenté des manifestations cliniques très intéressantes: début par un état confusionnel auquel s'est surajouté un syndrome schizophrénique de longue durée. La ressemblance avec la schizophrénie est frappante mais on peut constater, au cours de la convalescence, que les symptômes caractéristiques sont soutenus par le délire bien qu'ils dérivent de la constitution schizoïde des malades.

Fribourg-Blanc.

**J. Nelken.** ***Hallucinations et psychogénie*** (*Rocznik Psychiatryczny*, t. **34-35**, 1938, p. 89-118). — Dans cette longue étude, N. analyse avec attention le rôle et le caractère spécifique que peuvent jouer les hallucinations dans les troubles psychiques des foules. Il recherche comment se sont développées les hallucinations au cours des siècles, en rapport avec les doctrines religieuses de l'Extrême-Orient (états extatiques des ascètes hindous), les états réactifs de la dévotion mystique du début du christianisme (Athanase, Saint-Antoine-le-Grand), les tentations de Satan subies par les anachorètes, les épidémies psychiques et les manifestations choréiques du moyen âge. Au fond de ces états extatiques, l'auteur différencie le transfert des sentiments d'un objet à un autre et la sublimation. Passant à la période de la dernière guerre mondiale, N. analyse le rôle des hallucinations dans les troubles psychiques collectifs et individuels. Chez Thérèse Neumann, la stigmatisée de Konersreuth, il authentifie l'hystérie par les manifestations corporelles, les attaques, les états d'obnubilation, le changement de caractère et la fuite subconciente dans la maladie. A l'origine de l'épidémie psychique religieuse de Slupia près de Sroda, décrite par Borowiecki et Blachowski, N. découvre la débilité mentale des sujets, associée aux tendances hystériques. Si le délire n'y apparaît pas distinctement, les hallucinations auditives et visuelles prédominent. Dans les temps modernes, contrairement au moyen âge, les hallucinations vraies sont très rares dans ce domaine. Elles cèdent le pas aux délires fantastiques. L'auteur envisage enfin le développement des troubles psychiques et, en rapport avec eux, des hallucinations au cas d'une nouvelle guerre avec attaques aériennes par bombes à gaz toxiques sur les grandes villes.

Fribourg-Blanc.

## LIJECNICKI VJESNIK
### (Zagreb)

**H. Gjankovic** (Zagreb). ***La formule sanguine après la gastrectomie pour ulcère et l'anémie secondaire*** (*Lijecniki Vjesnik*, an. **61**, n° 2, Février 1939, p. 116-124). — On a à tort représenté les malades guéris de leur ulcère gastro-duodénal par résection gastrique comme destinés à souffrir pour le reste de leur vie d'une maladie nouvelle, l'anémie. Il n'en est heureusement pas ainsi, et dans les cas où l'anémie apparaît après quelques années, elle cède facilement à la thérapeutique. Tous les cas publiés, légers ou graves, ne sont d'ailleurs pas convaincants, et peu nombreux sont ceux pour lesquels un examen de la formule sanguine a été fait avant l'opération. La proportion des anémies constatées chez les gastrectomisés varie à ce point, en raison de la grandeur variable accordée au nombre des érythrocytes et à la valeur globulaire, que l'on ne peut apprécier la fréquence réelle de cette complication. G. a fait l'examen du sang chez 154 ulcéreux avant leur opération et, en prenant pour limite du nombre des globules rouges 4.500.000 et 90 pour 100 pour la valeur globulaire, il a trouvé dans 51,94 pour 100 des cas une légère anémie, proportion qui correspond précisément à celle de l'anémie donnée comme post-opératoire. En prenant un nombre limite plus bas, 4 millions, par exemple, le nombre de ces anémiques s'abaisse de moitié. Des anémies plus graves (3 millions) se rencontrent dans 4,54 p. 100 des examens de sang pré-opératoires. Chez 64 malades, la formule sanguine, du 12[e] au 14[e] jour après l'opération, fut également établie; dans quelques cas (5) il y eut une chute de 1 à 2 millions du nombre des globules, répondant à des pertes sanguines post-opératoires, évitables par une meilleure technique. C'est dans 25 cas seulement que la formule sanguine fut établie 1 an 1/2 après la gastrectomie et, avec une limite de 4 millions, donnée au nombre des globules, ce contrôle établit dans 4 pour 100 des cas une anémie hypochrome légère. G. convient d'ailleurs que le nombre et la distance de ces examens de contrôle sont insuffisants à permettre un jugement définitif. Cependant, les anémies constatées après l'opération n'ont été ni plus fréquentes ni plus graves que celles constatées avant, et, à la clinique, il n'a jamais été observé de cas grave d'anémie hyperchrome ou d'anémie de type pernicieux.

Dans les cas publiés d'anémie pernicieuse après gastrectomie, on découvre une influence constitutionnelle et héréditaire. Le problème de l'anémie des gastrectomisés est lié étroitement à celui de la maladie ulcéreuse; une solution de l'un ne peut être conçue sans la solution de l'autre. C'est l'examen pré- et post-opératoire de la formule sanguine des gastrectomisés, avec entente sur les limites à admettre au nombre des globules et à la valeur globulaire, pour en déduire des conclusions, qui peut seul donner un résultat.

P. Grisel.


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

# REVUE DES JOURNAUX

## LE PROGRÈS MÉDICAL
### (Paris)

**P. de Backer** et **H. Fajerman** (Gand). *Age et cancer* (*Le Progrès Médical*, t. 67, n° 9, 4 Mars 1939, p. 301-306). — Le cancer est une affection qui se manifeste à tout âge dans la vie. Mais il y a un rapport de fréquence entre les maladies cancéreuses et l'âge et aussi des différences considérables au point de vue localisation, forme histologique et évolution du cancer, spécialement aux périodes initiales et terminales de la vie.

Le cancer juvénile est celui que l'on observe au-dessous de 21 ans. Sur 2.000 cas de tumeurs malignes, on trouve 36 cancers juvéniles, soit 2 pour 100 environ. Tout en étant rare, le cancer n'est donc pas exceptionnel dans la première partie de la vie. Le plus jeune malade n'avait pas un mois. Ces 36 tumeurs malignes comprennent 10 sarcomes osseux ou ostéo-articulaires, 5 lymphosarcomes, 8 maladies de Hodgkin, 2 leucémies myéloïdes et 11 formes diverses parmi lesquelles un sarcome utéro-ovarien, une tumeur rénale, une tumeur hypophysaire, etc. La presque totalité des cancers du jeune âge sont des tumeurs de la série conjonctive. Le plus souvent, le début est brusque, l'extension rapide, les métastases sont fréquentes, les récidives immédiates après l'intervention et la mort survient toujours après une évolution rapide.

Dans le cancer sénile, on a rangé les tumeurs survenues au-dessus de 69 ans (337 sur 2.000); 195 cas (57,9 pour 100) sont des cancers cutanés dont 184 épithéliomas de la figure; 51 cas (15,2 pour 100) atteignaient les muqueuses bucco-pharyngées et 11 (3,2 pour 100) les fosses nasales, les sinus ou le larynx; 25 (7,4 pour 100) atteignaient les organes génitaux. Parmi les autres, la majorité siégeait sur le tube digestif.

Sur 337 cancers des vieillards, on note 10 tumeurs conjonctives, 40 épithéliomas glandulaires; le restant, soit 85 pour 100 environ, appartient aux épithéliomas malpighiens, avec une large prédominance du type baso-cellulaire.

Chez les vieillards, on voit très souvent des lésions dites précancéreuses. Le cancer est d'évolution lente, donnant rarement lieu à des métastases. Les vieillards qui meurent par généralisation et cachexie cancéreuse sont rares.

Robert Clément.

## LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS
### (Paris)

**A. Lambling** et **L. Corre**. *Le traitement médico-chirurgical des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre* (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. 15, n° 5, 1er Mars 1939, p. 138-142). — Les lésions polymorphes de la lymphogranulomatose bénigne au niveau de la partie terminale du tube digestif sollicitent à la fois l'intervention du médecin et celle du chirurgien. Rectites, sténoses, suppurations péri-anales et fistules ne sont pas justiciables d'une thérapeutique univoque.

La désinfection locale fait partie des préceptes d'hygiène des rétrécis. Peu importe le choix des antiseptiques à la condition qu'ils ne soient pas employés à des concentrations irritantes et qu'on alterne leur emploi. Ce traitement limite l'infection secondaire, mais ne peut agir sur le processus lymphogranulomateux lui-même.

La dilatation diathermique est le traitement symptomatique de base soit pour prévenir la sténose dans les rectites hypertrophiques, soit pour réaliser l'assouplissement et la réduction de celles-ci dans les formes compliquées. La radiothérapie ne sera appliquée qu'avec une extrême prudence.

Diverses médications anti-infectieuses ont été employées sur 140 malades. La solution de Lugol, administrée à 99 malades, est bien supportée, elle n'a aucune contre-indication, son action eutrophique générale est presque constante et elle a souvent raison des petites fébricules. Le traitement par les sels d'antimoine, utilisé chez 57 malades, est fatigant, il détermine habituellement des réactions algiques articulaires. On le réservera aux cas particulièrement résistants et aux suppurations périrectales. Le salicylate de soude, en injections intraveineuses, a donné chez 12 malades des réactions de choc bénignes, mais bruyantes, qui ne sont pas compensées par des résultats très démonstratifs. Quant aux composés sulfamidés, un premier essai sur 6 cas n'avait pas donné de résultats concluants; à dose suffisante et prolongée, ils ont paru avoir une action favorable chez 20 autres malades. Mais on manque encore de recul pour juger définitivement cette médication.

Ces moyens radicaux ne donnent qu'une amélioration fonctionnelle, la guérison objective constatée par l'endoscopie est exceptionnelle. Les indications de l'intervention chirurgicale sont constituées par les insuffisances du traitement médical. On pourra envisager une opération palliative de dérivation: la colostomie et une opération radicale: l'amputation rectale, la première représentant de toute façon le premier temps de la seconde. L'amputation rectale, malgré ses inconvénients, est le seul moyen à notre portée de traiter les formes graves et évolutives de la maladie. La guérison n'est que temporaire, mais peut se prolonger plusieurs années.

Robert Clément.

## REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE
### (Strasbourg)

**R. Debré**, **A. Saenz**, **R. Broca** et **R. Mallet**. *Etudes sur l'érythème noueux* (*Revue française de Pédiatrie*, t. 14, n° 5, 1938, p. 433-494). — Depuis plusieurs années le professeur Debré étudie l'érythème noueux avec Julien Marie, Maurice Lamy, Marcel Mignon, Eug. Normand, Costil, Jean Bernard et d'autres de ses collaborateurs et élèves, dont ceux mentionnés ci-dessus. Le présent mémoire, résultat de cet effort collectif, constitue un des travaux les plus importants, sinon le plus important, consacré à cette importante question. Il est basé sur l'étude de 51 observations personnelles d'érythème noueux, dont 40 concernent des enfants de moins de 15 ans et 11 des adolescents ou des adultes.

De ces cas personnels et de ceux publiés dans la littérature depuis quelques années, R. D., A. S., R. B. et R. M. tirent une première conclusion, à savoir qu'il existe un érythème noueux nettement, rigoureusement et exclusivement provoqué par le bacille de Koch. Cette affirmation s'appuie sur la notion précise d'une contamination à date fixe, sur l'apparition de l'érythème noueux après une incubation de durée définie, sur la constatation de signes radiologiques caractéristiques, sur un virage simultané des réactions cutanées à la tuberculine, et surtout sur la constatation dans la nodosité, dans le sang, dans l'expectoration recueillie par tubage gastrique, de bacilles tuberculeux du type humain.

Cette constatation des bacilles *in situ* ne cadre plus avec la conception de l'érythème noueux, manifestation d'allergie liée à l'infection tuberculeuse. Il convient dorénavant d'envisager l'érythème noueux comme une véritable tuberculose cutanée, non folliculaire, éphémère, et toujours rapidement curable, liée à l'action directe de bacilles très peu nombreux, qui se sont fixés dans le derme au cours de cette bacillémie discrète, transitoire et précoce, dont on sait la constance lors de l'invasion de la maladie. La nodosité se produit très vite au moment où l'allergie s'établit et, dans le même moment, s'édifie la lésion initiale au niveau du poumon.

Dans quelques cas plus rares l'érythème noueux est *post-primaire*, suivant l'expression de Wallgren, ou même plus tardif encore, apparaissant au cours d'une tuberculose déjà ancienne, latente ou évolutive. Souvent, dans ces circonstances, l'érythème noueux se manifeste à la suite d'un phénomène pathologique non tuberculeux et son apparition peut donner lieu à diverses hypothèses discutées au cours du mémoire.

Les érythèmes noueux où la preuve, voire la présomption d'une tuberculose vient à manquer méritent d'être soigneusement discutés. Parmi ces cas, caractérisés par l'absence de sensibilité cutanée à la tuberculine, il en est cependant qui doivent être reconnus comme de nature tuberculeuse: les antécédents, les phénomènes concomitants, l'histoire clinique fournissent des arguments d'une très grande vraisemblance. Dans une des observations, le sang, malgré l'insensibilité de la peau à la tuberculine, charriait d'indéniables bacilles de Koch.

Dans certains cas où la tuberculose n'est pas trouvée, d'autres causes paraissent en jeu: rhumatisme articulaire, syphilis, maladie de Nicolas-Favre, etc... Mais pour le professeur Debré et ses collaborateurs aucune de ces observations n'est bien convaincante. Ils admettent qu'à côté de l'érythème noueux spécifiquement tuberculeux, se placent d'autres éruptions nodulaires qui présentent une physionomie clinique différente, aussi bien qu'il convient de séparer la rubéole de la rougeole. Mais pour eux, le véritable érythème noueux, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, est indiscutablement tuberculeux et doit être compris comme une tuberculose cutanée, non folliculaire, aisément résolutive.

G. Schreiber.

**F. Goldmann** (Prague). *Etudes sur la maladie glycogénique* (*Revue française de Pédiatrie*, t. 14, n° 5, 1938, p. 494-516). — Depuis que Lereboullet a décrit pour la première fois *l'infantilisme hépatique* en 1901, un certain nombre d'observations de *la maladie glycogénique* ont été publiées par divers auteurs et Karlström a pu en réunir 33 cas. G., dans ce travail, publie trois nouvelles observations.

La première se rapporte à un nourrisson de 4 mois qui présente une augmentation énorme du volume du foie, probablement d'origine congénitale. Cette hypertrophie, sans signe d'un trouble de la fonction hépatique, permet d'admettre l'existence d'une maladie glycogénique, diagnostic confirmé par l'existence d'un agrandissement du cœur, sans trouble de la fonction, ce qui permet d'incriminer une hypertrophie idiopathique et fait

penser, comme pour le foie, à des dépôts de glycogène.

Les deux autres observations concernent les enfants d'une même famille où la cirrhose graisseuse et la glycogénose se rencontrent également. Un enfant de 3 ans est en effet mort de cirrhose graisseuse. Les sujets étudiés présentaient, dès la naissance, de grosses tumeurs hépatiques, qui entraînèrent un retard de croissance, mais n'eurent guère de retentissement sur l'état général et sur le développement psychique.

Se basant sur ses observations et ses recherches G. considère que le syndrome de la glycogénose ne constitue pas un état morbide homogène, car il y a des cas avec et sans symptômes métaboliques. Les relations entre la glycogénose, le foie graisseux et la cirrhose sont étroites. Dans les conditions normales et pathologiques, il existe un antagonisme entre le glycogène et la graisse, en ce sens que plus le glycogène quitte le foie, plus la graisse s'y installe. C'est ce qui se produit au cours du jeûne, dans les troubles digestifs toxiques graves des nourrissons et dans les intoxications par le phosphore ou le tétrachlorure de carbone.

Les formes de passage semblent exister entre la glycogénose et le foie graisseux. A ce point de vue la conception de Debré paraît pleinement justifiée. Selon cet auteur, les foies chargés de glycogène et de graisse sont réunis dans un même groupe nosologique sous le nom de « *hypertrophie polycorique du foie* ».

G. admet que les enfants qu'il a suivis pourront ou bien guérir complètement de leur hypertrophie hépatique glycogénique ou voir cette dernière se transformer sous l'influence d'infections ou de facteurs divers en un *foie gras* ou une *cirrhose graisseuse*. G. Schreiber.

### DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

### (Leipzig)

**W. Naumann.** ***Sur une forme spéciale de tuberculose des ganglions hilaires survenant chez les adultes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **64**, n° 49, 2 Décembre 1938, p. 1756-1758). — Une série d'observations montrent que l'inflammation tuberculeuse isolée des ganglions hilaires, sans lésion pulmonaire initiale, est plus fréquente chez les adultes qu'on ne l'admet habituellement. Ces manifestations paraissent rentrer dans le groupe des phénomènes toxiniques tuberculeux. Elles provoquent peu de signes cliniques et doivent être décelées radiologiquement. De même que toute les manifestations de sensibilisation tuberculeuse leur pronostic est relativement favorable et en tout cas elles ne constituent pas une indication d'interruption de la gestation. Des observations prolongées seraient utiles pour établir la probabilité d'une survenue ultérieure d'évolution bacillaire.

Le traitement comporte une administration prudente de R U V. Des mesures thérapeutiques plus sévères semblent inutiles, même lors de la coïncidence de ces manifestations ganglionnaires et d'un état de gravidité.

G. Dreyfus-Sée.

**W. Kuhlmey.** ***Les glycosuries diabétiques ou extra-insulaires sont-elles influençables par l'hormone masculine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 1, 6 Janvier 1939, p. 5-8). — L'étude systématique des troubles des fonctions génitales chez les diabétiques montre que ceux-ci surviennent dans environ 2/3 des cas lorsque le diabète évolue depuis un certain temps (2 ou 3 ans). Par contre l'apparition de la puberté dans 7 cas observés n'a pas apporté de modifications du métabolisme ni des échanges des diabétiques.

La créatinurie des diabétiques n'est pas modifiée par l'administration d'hormone mâle (Benzoate d'androstérone ou Propionate de testostérone). Cependant lorsque la créatinurie s'accompagne d'insuffisance testiculaire, elle peut être favorablement influencée par la thérapeutique hormonale.

Dans l'ensemble des cas par conséquent on ne peut considérer que les troubles des échanges diabétiques puissent relever du traitement hormonal aux doses usuelles.

Théoriquement on pourrait supposer que certaines glycosuries extra-insulaires dues à un hyperfonctionnement hypophysaire pourraient être traitées par l'hormone mâle qui détermine normalement une inhibition de la pituitaire. En pratique chez les malades cette action n'a pu être obtenue. Cet échec est d'ailleurs explicable car l'influence inhibante de l'hormone mâle sur la fonction gonadotrope n'entraîne pas forcément le freinage de la fonction diabétogène de l'hypophyse.

G. Dreyfus-Sée.

**R. Jürgens** (Berlin). ***Thrombose et pertes sanguines*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t **65**, n° 4, 27 Janvier 1939, p. 124). — Le problème des relations entre les thromboses et la diminution de la masse sanguine paraît dominé par 3 questions principales :

1° La perte de sang chez des malades ou chez des sujets bien portants a-t-elle une importance clinique pour le déterminisme de la thrombose ?

2° Les modifications minimes de la fluidité sanguine consécutives à la perte de sang peuvent-elles nous renseigner sur la genèse de la thrombose ?

3° Est-il possible, en pratique, d'utiliser des méthodes d'examen du sang susceptibles de renseigner sur la prédisposition aux thromboses ?

Les recherches de J. l'amènent à conclure que l'hémorragie simple chez des sujets à sang normal et vaisseaux sains ne favorise en rien la thrombose. L'examen microscopique de l'agglutination des globules sanguins montre que le début de la thrombose est un processus lié à des modifications de la fibrine, l'agglutination des hématies étant un phénomène nettement secondaire.

Deux nouveaux tests microscopiques sont proposés par J., pour avoir des indications sur la prédisposition aux thromboses.

G. Dreyfus-Sée.

**Bansi.** ***Crise thyréotoxique et coma thyréotoxique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 7, 17 Février 1939, p. 241-245). — La crise thyréotoxique est constituée par l'aggravation brusque du syndrome thyréotoxique et évolue fréquemment vers un état comateux.

Cliniquement cette crise est caractérisée par une myasthénie progressive, des vomissements répétés, de la diarrhée profuse, une excitation psychique accentuée, de la rougeur du pharynx et des phénomènes bulbo-paralytiques; la transpiration se tarit, une rougeur diffuse envahit les téguments, des signes de déshydratation apparaissent et parfois des phénomènes d'insuffisance hépatique. Le traitement doit être institué précocement : il consiste à donner, dès les premiers signes d'aggravation du Basedow, des doses élevées d'iode, et à instituer un traitement rehydratant glucosé. Le danger s'aggrave du fait de la fréquence d'infections banales qui assombrissent considérablement le pronostic et contre lesquelles on devra lutter. En outre, il importe de soutenir le tonus circulatoire déficient comme dans tous les états comateux.

La mortalité de ces accidents est très élevée. S'ils surviennent après une opération, le traitement iodé, des transfusions sanguines, et une thérapeutique cardiovasculaire, devront être institués.

Dans la pathogénie du coma thyréotoxique, le rôle des troubles des échanges glycogéniques et de l'insuffisance hépatique est probable, et l'augmentation habituelle de la créatinurie est notée dans les observations. G. Dreyfus-Sée.

**K. Hansen** (Lubeck). ***Le thymol comme antigène*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 7, 17 Février 1939, p. 249-250). — Chez une malade urticarienne ancienne, apparut secondairement un rhume des foins avec caractères allergiques typiques (cellules éosinophiles abondantes dans les sécrétions nasales).

La recherche de l'antigène sensibilisant demeura longtemps infructueuse jusqu'à ce qu'on découvrît que la malade se servait d'un savon spécial contenant du thymol. La sensibilisation au thymol put être prouvée par les tests dermiques et la malade guérit par suppression de l'usage de son savon. On avait également observé chez cette malade des phénomènes thyréotoxiques analogues à ceux qui ont été décrits expérimentalement à la suite de l'action excitante du thymol sur la glande thyroïde de l'animal. Tous ces troubles disparurent après la suppression de leur cause. Le thymol peut donc constituer un antigène auquel il sera bon de penser.

G. Dreyfus-Sée.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

### (Berlin)

**Alfred Marchionini.** ***Revêtement acide de la peau et défense contre les bactéries. 4e communication. Lacunes pathologiques du revêtement acide*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **17**, nos 52, 53, 24 Décembre 1938, p. 1831-1835). — La concentration des ions d'hydrogène a la surface de la peau a été mesurée dans une série d'affections et d'abord dans des processus atrophiants comme l'acrodermatite atrophiante, les lésions cicatricielles, etc. On a constaté qu'en pareil cas l'acidité est diminuée par rapport aux régions de contrôle. Dans les processus de parakératose ou d'hyperkératose, comme certains eczémas, le pityriasis ou le psoriasis, on a également constaté une diminution importante de l'acidité. Néanmoins, la neutralité n'est jamais dépassée ni même atteinte. Dans les lésions vésiculeuses non suppurées (certains cas d'eczéma ou de dermatite), la détermination de la concentration des ions H après disparition de l'épiderme qui recouvre la vésicule a, au contraire, permis de constater que la neutralité est généralement dépassée et qu'il y a alcalinité plus ou moins marquée. Ce phénomène doit être dû au fait que l'acide carbonique fixé au contenu de la vésicule s'évapore rapidement. On arrive, en effet, en procédant à la mesure, aussitôt après l'enlèvement de la couche épidermique, à trouver des valeurs acides. Dans d'autres cas, assez analogues, comme la dyshidrose, le contenu vésiculaire est fortement acide, parfois même plus que la peau normale. Ces constatations confirment que, dans cette maladie, il y a production exagérée et rétention de sueur provenant de glandes sudoripares eccrines. Elles sont en accord avec la théorie émise il y a 70 ans par Tilbury Fox. D'ailleurs, le papier de tournesol bleu posé sur une vésicule de dyshidrose qui vient d'apparaître et qui a été ouverte vire au rouge de façon caractéristique.

Dans les processus suppuratifs, il y a acidité faible mais nette surtout quand il s'agit de pus pur. Il n'en est pas de même dans les épidermophyties, affections dans lesquelles le contenu vésiculaire est généralement alcalin ou neutre. L'hypertonie H, constatée dans les processus purulents de la peau, serait non seulement un des caractères de l'inflammation, mais encore un signe que la défense de l'organisme est efficace. Mais les recherches de beaucoup d'auteurs ont montré que les diverses bactéries possèdent, à l'égard de l'acidité, des résistances très variables. M. a repris ces recherches avec sa méthode du verre à ventouse.

Les processus ulcéreux de la peau constituent les lacunes pathologiques les plus marquées du revêtement acide de la peau. A leur niveau on constate toujours une forte alcalinité. En somme, dans la plupart des affections de la peau, l'acidité super-

ficielle est plus ou moins diminuée. Elle l'est au minimum dans la dyshidrose. Viennent ensuite les processus atrophiques et les hyperkératoses puis les processus ulcéreux et, enfin, les vésicules non suppurantes.

P.-E. Morhardt.

**E. Meulengracht.** ***Subictère chronique intermittent juvénile*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 18, n° 4, 28 Janvier 1939, p. 118-121). — Cet état, qui n'est pas véritablement pathologique et que M. rapproche de la « cholémie simple familiale » de Gilbert, est caractérisé par un ictère léger qui se manifeste tantôt par une teinte anormale de la peau et des sclérotiques, tantôt exclusivement par l'examen du sang. En dehors d'une certaine sensation de fatigue qui coïnciderait avec les périodes où l'ictère est le plus marqué, on ne constate pas de symptômes pathologiques.

M. a eu l'occasion d'observer 24 cas de ce genre qui ont consulté soit parce qu'ils étaient ictériques, soit parce qu'il y avait sensation de fatigue. Sur ces 24 sujets, 16 étaient des hommes et 17 avaient moins de 25 ans. L'index ictérique, mesuré avec le colorimètre de Meulengracht, a varié 4 fois de 1 à 10, 13 fois de 10 à 15, 4 fois de 15 à 20. L'urine était généralement normale. On n'a pas observé de prurit. Il s'agissait très souvent de médecins. C'est un fait qui a déjà été remarqué par divers auteurs.

Dans aucun des cas la rate n'a été tuméfiée comme elle l'est dans les cas d'ictère hémolytique et la résistance osmotique a toujours été normale, c'est-à-dire que l'hémolyse n'a commencé que dans les solutions de NaCl de 0,42 à 0,46 pour 100. Il ne semble pas à M. qu'on puisse admettre qu'il s'agisse d'une « constitution hémolytique légère », comme le voudrait par exemple Gänsslen. Par ailleurs, il est possible que, dans les cas de ce genre, il se soit glissé parfois des cas d'hépatite subchronique ou chronique. Mais, dans les cas observés par M., jamais l'affection ne s'est aggravée au point de prendre les caractères d'une hépatite chronique avec cirrhose.

La seule hypothèse qui subsiste, c'est celle d'une infériorité du foie ou d'une dysfonction hépatique constitutionnelle.

Il est difficile de dire à quel âge l'ictère commence à se manifester. L'essentiel est que cette affection est tout à fait bénigne. La seule crainte qu'on puisse avoir, c'est qu'elle soit parfois considérée comme grave par les malades ou par leur entourage.

P.-E. Morhardt.

## ARCHIV FUR GYNAEKOLOGIE
### (Berlin)

**Mittelstrass (Hans).** ***Excrétion de la porphyrine dans l'urine en cas de vomissements gravidiques, d'éclampsie et d'éclampsisme*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. 168, fasc. 2, 24 Février 1939, p 351-358). — Dans le service de Heynemann où Finkentscher a réalisé ses travaux sur la porphyrinurie dans la grossesse pathologique, M. s'est proposé de serrer la question de plus près en utilisant une modification optique apportée au procédé de dosage par luminescence inventé par Franke et Finkentscher. Dans la grossesse normale, il a trouvé une légère augmentation du taux de la porphyrine dans l'urine. Il a, par ailleurs, étudié 44 cas de grossesse compliquée de vomissements. Dans les cas légers, sans signes d'intoxication, il n'a pas trouvé de chiffres élevés de porphyrinurie. Dans 35 cas graves, le taux de la porphyrinurie était très élevé et, plus particulièrement, dans ceux où l'état général était manifestement mauvais, sans que, cependant, le chiffre absolu correspondît à la gravité du cas. A chaque aggravation de l'état clinique correspondait une augmentation du taux un ou deux jours plus tard. La quantité de porphyrine dans l'urine et celle d'urohilinogène varient parallèlement; cependant il arrive qu'il y ait précession de la porphyrinurie. Au total, la porphyrinurie permit d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie. Chez 36 femmes en éclampsie ou prééclampsie, la porphyrinurie était élevée, mais sans que l'augmentation fût constante: il doit y avoir, dans l'éclampsie, des cas graves sans atteinte hépatique; il n'y a, donc, pas à compter sur la recherche de la porphyrine pour établir le pronostic de la maladie.

Henri Vignes.

## BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

**Voss (Hambourg).** ***Traitement chirurgical des tumeurs vasculaires de la moelle*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. 168, n° 2, Août 1938, p. 229-240). — V. publie dans cet article les deux observations suivantes:

I. — Homme de 50 ans, dont le début de la maladie remonte à 1935 et s'est manifesté par une névralgie sciatique droite. Après une amélioration par une cure balnéaire on vit apparaître une faiblesse bilatérale des jambes et des phénomènes spasmodiques.

L'examen neurologique permet de localiser la lésion entre $D^{10}$ et $D^{12}$; par contre, la myélographie ne montre aucun arrêt net; cependant au bout de 24 heures on peut apercevoir quelques restes de lipiodol au voisinage de $D^5$, $D^6$.

Intervention sous anesthésie locale; laminectomie de $D^5$ à $D^7$; ouverture de la dure-mère; on découvre alors l'existence d'un angiome racémeux sous forme de dilatations variqueuses adhérentes en certains endroits à la moelle. On se contente de pratiquer plusieurs ligatures et de poser quelques clips aux endroits où les dilatations veineuses adhèrent à la moelle. Suture de la dure-mère, puis des parties molles avec drainage. Mort 5 jours après avec des symptômes de broncho-pneumonie. L'autopsie a montré l'existence de lésions dégénératives intramédullaires accompagnant les lésions angiomateuses.

II. — Homme de 46 ans qui présente depuis 1927 des douleurs abdominales et depuis 1937 des brûlures et des fourmillements dans la plante des pieds. Cliniquement, les troubles moteurs et sensitifs permettent de localiser la lésion au voisinage de $L^2$ et la myélographie montre également un arrêt à ce niveau.

Sous anesthésie locale, on pratique une laminectomie de $D^{11}$ à $L^5$; la dure-mère ne bat pas; on l'incise et on découvre alors une tumeur allant de $D^{12}$ à $L^5$. Cette tumeur, qui a sensiblement les dimensions d'un pouce et paraît constituée par une agglomération de vaisseaux, est extirpée et la dure-mère suturée. Mort 15 jours après avec des lésions de décubitus et infection urinaire.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur de type angiome avec dégénérescence sarcomateuse en certains points.

J. Sénèque.

## FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
### (Leipzig)

**K. L. Fr. V. Godin.** ***L'aspect radiologique, sur des pièces d'autopsie, de l'affection dite « os de marbre »*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. 59, n° 2, Février 1939, p. 160-168). — L'étude radiologique *post mortem* du squelette dans un cas « d'os de marbre » a été pratiquée lors de l'autopsie d'un garçon de 16 ans, suivi médicalement depuis 9 ans, chez lequel avaient été observés des fractures multiples, spontanées, une ostéomyélite du maxillaire inférieur, un état très accentué d'anémie, et qui avait succombé à une infection dont le point de départ était l'ostéomyélite du maxillaire.

L'examen *post mortem* permit de constater les manifestations anatomiques typiques d'une affection généralisée du squelette: densification osseuse accusée, transformation en tissu presque compact du tissu spongieux de toutes les pièces du squelette, oblitération des espaces médullaires, ostéophytes prononcés de la voûte cranienne, exagération des épiphyses avec striation transversale parallèle de tous les os d'origine cartilagineuse; ces altérations traduisent une évolution progressive.

A l'examen histologique, tous les os étudiés présentent les mêmes caractères morphologiques: au niveau du cartilage articulaire, on trouve une disposition irrégulière en profondeur de la base du cartilage; le tissu médullaire est fortement fibreux; il existe une apparence ostéoïde des zones médullaires périphériques; il n'y a pas d'ostéoclastes. C'est au niveau du cortex des os tubulaires les plus volumineux que l'apparence du tissu osseux semble la mieux conservée. Plus la formation est normale, meilleur est l'état cellulaire de la moelle osseuse et son pouvoir fonctionnel; au contraire, plus sont accusées les modifications osseuses, plus la moelle a subi la transformation fibreuse. L'examen radiographique a porté sur les différents os et l'auteur expose les constatations qu'il a faites.

D'une manière générale, tous les os présentent un aspect marmoréen, sans structure nette. Le tissu spongieux est, en grande partie, remplacé par un tissu osseux compact, avec augmentation de la teneur en calcium. Il y a lieu de tenir compte surtout de deux signes caractéristiques particuliers: les bandes symétriques transversales perpendiculaires à l'axe des os, les dilatations coniques des extrémités diaphysaires augmentées de volume.

On notera spécialement, dans cette affection, le défaut de formation osseuse normale, celle-ci étant plus ou moins modifiée. Les modifications de la moelle osseuse doivent être considérées comme un processus progressif simultané, en rapport avec les liens qui unissent les systèmes cortical et médullaire de l'os.

Morel Kahn.

## RŒNTGEN-PRAXIS
### (Leipzig)

**H. Perenice et C. Kruchen.** ***Hernies diaphragmatiques droites*** (*Rœntgen-Praxis*, t. 11, n° 1, Janvier 1939, p. 24-29). — Observations de 2 cas de hernies diaphragmatiques droites répondant au groupe III de la classification d'Akerlund. Dans le premier cas, femme de 48 ans, asthénique et atteinte d'entéroptose, l'estomac était en entier hernié, situé à la partie inférieure du champ thoracopulmonaire droit, la grande courbure contre la paroi thoracique.

Le déplacement, dans le second cas, n'était pas aussi accusé, mais s'accompagnait de volvulus. Il s'agissait également d'une femme de 50 ans, chez laquelle, quatre ans auparavant, l'on n'avait constaté qu'une hernie gauche.

Dans les deux cas, P. et K. envisagent le développement de ces hernies à l'occasion d'une malformation congénitale.

Dans les deux cas, des résultats surprenants ont été obtenus par le repos, le régime, de petits repas avec peu de liquide.

L'on ne saurait fonder sur ces observations des conclusions radiologiques schématiques; il ne s'est agi, en effet, que d'examens pratiqués au cours d'une longue évolution, et, dans chaque cas, s'il convient de tenir compte des données de l'examen aux rayons X, il faut aussi se baser sur la constitution du sujet et sur les considérations thérapeutiques.

Morel Kahn.

### BRUXELLES MEDICAL

**A. Langelez. *La silicose est-elle une entité morbide ?*** (*Bruxelles Médical*, t. **19**, n° 18, 5 Mars 1939, p. 563-571). — La silicose est une maladie dont l'étiologie est particulière: la présence de poussière de silice libre. Elle comporte une symptomatologie surtout radiologique qui lui est propre. Elle donne lieu à des lésions anatomo-pathologiques bien spéciales et bien déterminées qui ne se rencontrent pas dans d'autres affections.

Sur 332 ouvriers appartenant à 61 entreprises, exposés pendant une période assez prolongée à l'action de poussières contenant de la silice (des sableurs de fonderies et d'aciéries, polisseurs de fonderies, tailleurs de verres, miroitiers, faïenciers, porcelainiers, ouvriers des carrières, etc.), 98 ont été considérés comme normaux, 89 présentaient de la fibrose simple, 16 de la fibrose généralisée, 73 de la fibrose nodulaire, 6 un état pseudo-tumoral. 13 présentaient des lésions de silicose compliquées de tuberculose. 37 avaient des signes de tuberculose simple stabilisée ou en évolution.

Des expériences poursuivies chez l'animal démontrent la spécificité de l'action de la silice seule capable de produire expérimentalement le type nodulaire de la fibrose. Si d'autres poussières parviennent à déterminer certaines réactions tissulaires, seule la silice parvient à les réaliser toutes.

La pathogénie est encore discutée. L'action purement mécanique des poussières est abandonnée. Pour les uns, la silicose est la résultante exclusive de l'action toxique de la silice dissoute; pour d'autres, la silice n'intervient que sur un terrain préalablement tuberculeux: pour d'autres enfin, le nodule silicotique ne serait qu'un nodule tuberculeux modifié.

Partout où l'on a supprimé les poussières siliceuses, on a fait disparaître en même temps la silicose.

Robert Clément.

### LE SCALPEL
### (Bruxelles)

**A. Haibe** (Namur). ***Le facteur endocrinien dans l'asthme infantile et juvénile*** (*Le Scalpel*, t. **91**, n° 52, 24 Décembre 1938, p. 1665-1672). — Les facteurs endocriniens sont susceptibles de modifier le terrain constitutionnel et de le rendre propice à l'éclosion d'un syndrome asthmatique; parfois, ils interviennent plus directement dans le déterminisme de l'asthme.

Au point de vue pratique, la détermination d'un dysfonctionnement hormonal revêt une grande importance, car une thérapeutique adéquate est susceptible de donner des résultats rapides et souvent décisifs.

Dans l'asthme infantile, et surtout dans l'asthme juvénile, il importe d'examiner soigneusement l'état endocrinien de chaque malade pour associer l'opothérapie au traitement général lorsqu'un trouble endocrinien est constaté, ou même simplement soupçonné.

H. rapporte l'observation d'une jeune asthmatique de 14 ans présentant une épine irritative inflammatoire associée à des troubles ovariens, menstruation tardive et dysménorrhée. Le traitement vaccinal, associé à l'opothérapie, espaça les crises, régularisa les menstrues et améliora l'état général.

Dans un autre cas, chez un garçon de 15 ans, un facteur inflammatoire naso-bronchique était associé à un facteur glandulaire d'hypogénitalisme dans le déterminisme de l'asthme. Un traitement endocrinien complexe fut sans effet, alors que l'extrait thyroïdien améliora rapidement le malade.

A propos de ces cas, H. passe en revue les troubles endocriniens thyroïdien, ovarien, testiculaire, parathyroïdien ou autres qui peuvent constituer un terrain favorable au développement de l'asthme.

Robert Clément.

**J. Mahaux. *La maladie de Basedow après trauma psychique. Essai d'interprétation physio-pathologique*** (*Le Scalpel*, t. **92**, n° 8, 25 Février 1939, p. 233-254). — Chez 2 femmes de 40 et 51 ans, un syndrome basedowien est survenu à la suite d'un choc psychique : mort rapide après broncho-pneumonie du mari dans le premier cas, déception à la lecture d'un testament dans l'autre.

Le trouble primitif de la maladie de Basedow consiste « probablement dans un état d'excitation chronique des centres neuro-végétatifs sous-corticaux, entraînant une hyperactivité constante des centres hypothalamiques inférieurs: centres excito-sécrétoires de la thyroïde d'une part, centres exophtalmiants d'autre part, ces excitations pouvant d'ailleurs être dissociées ».

L'association de l'hyperactivité thyroïdienne et de l'exophtalmie semble résulter d'une localisation très voisine des deux centres responsables, ce qui est rendu probable par le trajet en partie commun de leurs fibres efférentes (sympathique cervical) et par le fait que la thyréostimuline se montre capable de les exciter tous deux.

« Il semble s'établir un véritable cercle vicieux, auquel, dans beaucoup de cas, seule la thyroïdectomie se montre capable de mettre fin : l'excitation des centres supérieurs entraînant l'hyperthyroïdie et celle-ci entraînant, à son tour, un état d'hyperexcitation corticale. »

De ces considérations, il faut conclure que le traitement de la maladie de Basedow doit tenir compte du rôle des centres nerveux supérieurs dans le déterminisme et l'évolution de l'affection.

Robert Clément.

### JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
### (Bruxelles)

**J. Baumel et H. Serre** (Montpellier). ***L'aérogastrie bloquée*** (*Journal belge de gastro-entérologie*, t. **7**, n° 1, Janvier 1939, p. 1-38). — En 1920, Félix Ramond oppose deux types d'aérophagie: la forme libre et la forme bloquée. Dans le cadre plus vaste et plus discuté de l'aérophagie, l'aérogastrie représente un syndrome anatomo-clinique qui mérite d'être isolé.

Le blocage, fait primordial, est réalisé soit par un spasme cardio-œsophagien, soit par une coudure ou une compression de l'œsophage. Il est réalisé dans des conditions étiologiques variées et souvent complexes, dont les principales sont représentées par les affections de l'estomac, les maladies de l'intestin, de la vésicule biliaire, plus rarement les infections rhino- et bucco-pharyngées et les maladies nerveuses. Fréquemment sont associés le spasme et l'atonie. Le déséquilibre endocrino-végétatif est un terrain de choix pour l'éclosion de ces troubles.

Les complications cardio-vasculaires, l'angor en particulier, et les complications respiratoires, les accès de dyspnée surtout, posent le problème de la responsabilité de l'aérogastrie dans leur étiologie.

Suivant la tonicité de l'estomac et du diaphragme, on peut décrire deux types cliniques et radiologiques. Mais il faut isoler deux formes cliniques très particulières: l'aérogastrie bloquée des nourrissons, la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

Le diagnostic de cette aérophagie silencieuse, non éructante, est facile; plus délicat est celui de la cause.

Robert Clément.

### ANAIS BRASILEROS DE DERMATOLOGIA
### (Rio de Janeiro)

**Rabello Junior. *Sporotrichose fongoïde. Une nouvelle forme clinique. Culture du sporotrichum Gougeroti (Dematium)*** [*Anais Brasileros de Dermatologia*, vol. **13**, nos 3-4, 1938, p. 143-146]. — R. publie un cas de sporotrichose chez un homme de 66 ans. Celle-ci se présenta sous l'aspect assez particulier de tumeurs fongoïdes, sans distribution lymphatique. L'examen parasitologique démontra qu'il s'agissait d'une mycose due au *Dematium Gougeroti*. L'absence de telles observations dans la littérature médicale a poussé R. à publier ce cas atypique.

Robert Coronel.

### O. HOSPITAL
### (Rio-de-Janeiro)

**O. de Magalhaes. *Le syndrome scorpionique*** (*O Hospital*, vol. **15**, n° 1, Janvier 1939, p. 137-150). — On sait que le venin du scorpion agit principalement sur le système vasculaire du bulbe. Après avoir rappelé ses publications antérieures et les travaux de divers auteurs étrangers et français (Laignel-Lavastine), O. de M. relate ses expériences sur le syndrome scorpionique provoqué et les différentes analyses auxquelles il s'est livré sur le venin du scorpion. Les *actions* du venin sont multiples, mais O. de M. insiste sur le fait que le tableau clinique du scorpionisme est analogue presque en tous ses points avec le syndrome de la syringobulbie. Mais alors que la paralysie cardio-respiratoire, au cours de la syringobulbie, évolue lentement, le venin de scorpion provoque une affection aiguë, à évolution rapide. C'est ce qui explique que certains symptômes de la syringobulbie, les troubles trophiques, par exemple, n'ont pas le temps d'apparaître. Ces symptômes, d'ailleurs, sont souvent discutés dans la syringobulbie classique de la gliomatose cavitaire.

Que le venin atteigne d'autres centres végétatifs ou non du diencéphale ou de la moelle, il n'en est pas moins évident que le tableau clinique du scorpionisme est dû, avant tout, à une véritable dissection du noyau neuro-végétatif bulbaire provoquée par le venin du scorpion.

Robert Coronel.

### SEMANA MEDICA ESPANOLA
### (Saint-Sébastien)

**R. Ramos, E. Martens et D. Gonzales. *Cinq cas de méningites méningococciques séro-résistantes traités par sulfamide*** (*Semana Medica Espanola*, an. **2**, n° 19, 7 Janvier 1939, p. 1-7). — La para-amino-sulfamide, déjà employée dans de nombreux pays, a permis à R., M. et G. de traiter avec succès 5 cas de méningite à méningocoques ayant résisté au sérum spécifique. Les doses et la technique ont varié suivant les cas. L'âge des enfants est compris entre 1 et 15 ans. Les doses de para-amino-sulfamide et leur voie d'absorption varièrent. Chez 3 malades, on fit simultanément des injections intra-rachidiennes (50 $cm^3$ par doses de 10 $cm^3$) et 12 à 18 *g. per os* (doses de 0 *g.* 30 à 0 *g.* 60). Chez un enfant on donna seulement de la para-amino-sulfamide par voie buccale associée au sérum spécifique. Enfin le dernier malade reçut 250 $cm^3$ de para-amino-sulfamide à 2.5 pour 100 intra-musculaire et 44 *g. per os*.

R. R., E. M. et D. G., après avoir brièvement rappelé les contre-indications et les accidents possibles de cette médication, insistent sur le fait qu'une ingestion préventive de para-amino-sulfamide peut avoir une action prophylactique qui, sans aller jusqu'à la « *vaccination* », atténue cependant la virulence du germe.

Robert Coronel.

### *ANNALS OF SURGERY*
### *(Philadelphie)*

**W. Pitts** et **J. Browder** (Brooklyn). ***Injection spinale sous-arachnoïdienne d'alcool absolu pour le traitement des douleurs rebelles*** (*Annals of Surgery*, vol. 109, n° 1, Janvier 1939, p. 33-42). — P. et B. ont étudié en détail sur 18 malades l'injection d'alcool absolu dans l'espace sous-arachnoïdien, proposée par Dogliotti pour le traitement des douleurs provoquées par des tumeurs malignes ou leurs métastases. Tous ces malades se plaignaient de douleurs à siège sous-ombilical.

La quantité d'alcool absolu à utiliser pour une injection ne doit jamais dépasser 2 $cm^3$ et même plutôt 1 1/2.

Deux positions du malade au cours de l'injection ont été utilisées. Dans la première, le malade est couché en décubitus latéral sur le côté le moins douloureux, et la table est inclinée à 30°, la tête étant basse et la région sacrée constituant le point le plus élevé de l'axe cérébro-spinal. L'alcool absolu, introduit lentement par ponction à travers un espace intervébral lombaire, se trouve entraîné au point le plus haut, c'est-à-dire au fond du cul-de-sac dural sacré.

12 malades ont été traités par cette méthode, ayant pour la plupart des cancers de l'utérus; 5 furent améliorés 2 semaines, 5 pendant 4 semaines, 2 pendant 8 semaines, mais 9 présentèrent de la rétention d'urine, qui persista 3 à 4 semaines pour 6 d'entre eux.

Dans la seconde méthode, le malade est couché en décubitus latéral sur une table horizontale. Un coussin épais est placé sous la région thoracique inférieure et rénale, donnant une scoliose lombaire, dont le sommet doit être à 3 vertèbres au-dessus de l'entrée dans le canal spinal des racines qu'on désire alcooliser. La ponction est faite à travers un des espaces entre 12ᵉ dorsale et 4ᵉ lombaire.

8 malades ont été ainsi traités, dont 2 avaient déjà subi la première méthode; 4 eurent une cessation de douleurs de 1 à 3 mois 1/2. 3 pendant 1 à 2 semaines, 1 pendant moins d'une semaine. Il n'y a eu aucun trouble urinaire ou rectal.

L'injection d'alcool absolu par cette deuxième méthode serait donc une technique à recommander dans certains cas déterminés.

M. Guimbellot.

### *ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE*
### *(Chicago)*

**R. Schindler** et **A. M. Serby**. ***Observations gastroscopiques dans l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. 63, n° 2, Février 1939, p. 334-356). — S. et S. ont pratiqué la gastroscopie dans 23 cas d'anémie pernicieuse, dont 9 fois avant tout traitement, 14 fois après traitement convenable et 3 fois avant et après traitement.

Tous les patients non traités présentaient de la gastrite superficielle, associée ou non à de la gastrite atrophique, ou de l'atrophie diffuse ou en aires.

Après hépatothérapie, on ne constata pas de modification notable de la muqueuse chez 4 malades; dans 1 cas, il y eut accentuation nette de l'atrophie; dans 7 cas, la muqueuse de l'antre se montra normale; dans 1 cas, il y eut régénération presque complète, et dans 4 cas, toutes les régions de la muqueuse devinrent normales.

Ces faits ne peuvent s'expliquer que si l'on admet qu'il existe dans l'anémie pernicieuse deux maladies distinctes de l'estomac: primitivement, il y a un dysfonctionnement des cellules qui produisent le facteur « antianémique »; secondairement, il y a dégénérescence de l'épithélium superficiel avec inflammation véritable superposée, laquelle peut guérir ou non, quand l'état de déficience est éliminé.

L'inflammation secondaire s'associe d'ordinaire à un trouble semblable de la langue et de l'intestin, accompagné d'un dysfonctionnement du système hémopoïétique et d'une dégénérescence de la moelle épinière. Néanmoins, l'absence du facteur « antianémique » peut parfois aboutir à une gastrite atrophique grave, mais réversible, non accompagnée de maladie du sang. Si cette observation est confirmée, il faudra abandonner l'expression antianémique et la remplacer par un autre terme.

Dans bien des cas probablement, la gastrite atrophique est due à un certain état de déficience et, dans quelques-uns d'entre eux, au défaut du facteur « antianémique ». Cette affection doit être diagnostiquée en utilisant le gastroscope et dans chaque cas que l'on découvre il faut faire, à titre d'essai, de l'hépatothérapie. Il est nécessaire de contrôler par la gastroscopie le résultat du traitement d'épreuve.

Les observations de S. et S. confirment la fréquence des polypes muqueux de l'estomac dans l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

### *ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY*
### *(Chicago)*

**Geoffrey Jefferson**. ***Le cône de pression temporale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 40, n° 5, Novembre 1938, p. 857-877). — Le cône de pression temporale constitue pour les tumeurs hémisphériques ce que l'engagement des amygdales cérébelleuses est dans les tumeurs de la loge postérieure.

Dans les deux cas, la masse cérébrale contenue dans une loge inextensible, la calotte cranienne, tente de s'en échapper par le seul espace libre qui s'offre à elle, par le trou occipital dans les tumeurs de la loge postérieure, par la fente de Bichat dans les tumeurs hémisphériques. Dans les deux cas, l'engagement de la masse cérébrale crée un grave danger, par la compression mésocéphalique qu'elle détermine.

Ce cône de pression temporale peut créer en outre des symptômes indépendants du siège de la tumeur, mais qui sont des signes de compression: l'existence d'une hémiplégie dans les tumeurs temporales qui est souvent plus marquée à la face, l'existence d'une rigidité bilatérale. Des signes pupillaires tels qu'une anisocorie avec dilatation de la pupille homolatérale, une paralysie oculo-motrice, sont le témoin d'une compression mésocéphalique.

La mort subite peut être la conséquence de cette compression, sans doute liée à une compression des centres nerveux végétatifs hypothalamiques, exitus spontané ou consécutif à la rachicentèse particulièrement nocive dans de tels cas où on ne devra jamais la pratiquer. Si l'existence d'un cône de pression temporale est soupçonné, la ponction ventriculaire seule devra être pratiquée. Il faudra laisser le malade la tête en bas avec des injections salines hypertoniques pour réduire la hernie si possible, ou intervenir chirurgicalement.

H. Schaeffer.

### *ENDOCRINOLOGY*
### *(Los Angeles)*

**D. P. Foster** et **W. L. Lowrie**. ***Diabète associé à l'hyperthyroïdie*** (*Endocrinology*, t. 23, n° 6, Décembre 1938, p. 681-692). — F. et L. relatent 42 cas de diabète associé à de l'hyperthyroïdie, dans lesquels on fit un total de 45 thyroïdectomies. Ces 42 cas ont été trouvés sur un ensemble de 1.616 diabétiques et de 1.607 sujets ayant subi la thyroïdectomie. La proportion des diabètes associés à l'hyperthyroïdie est de 2,41 pour 100 chez les diabétiques entrés à l'hôpital Ford, de Detroit, et de 2,43 pour 100 chez les hyperthyroïdiens admis. La fréquence maxima de cette association se rencontre de 50 à 70 ans. Elle prédomine chez les femmes; 25 patients étaient nés ou vivaient avant la puberté dans des régions goitreuses; 9 malades sont morts, leur survie a été en moyenne de quatre années. Chez tous la mort a été causée par des troubles circulatoires (occlusion coronarienne, asystolie, etc.). Chez la majorité des malades on trouva des adénomes toxiques. La thyroïdectomie améliora le métabolisme des hydrates de carbone, à en juger par la tolérance hydrocarbonée et le quotient respiratoire. Le taux de la mortalité opératoire fut de 2,38 pour 100. Les soins pré et post-opératoires réclament une attention spéciale.

F. et L. pensent que l'on passe souvent à côté du diagnostic d'hyperthyroïdie, en tant que complication du diabète. Quand l'hyperthyroïdie complique un diabète, la thyroïdectomie est indiquée. Les affections vasculaires du groupe de l'hypertension, depuis que l'on emploie l'insuline, représentent la principale cause de décès dans le diabète associé à l'hyperthyroïdie. L'acidose est fréquente, mais elle est efficacement combattue par un régime riche en glucides et l'insuline à doses convenables.

P.-L. Marie.

**K. O'Donovan** et **J. B. Collip**. ***Le principe métabolique spécifique de l'hypophyse; ses rapports avec l'hormone mélanophore*** (*Endocrinology*, t. 23, n° 6, Décembre 1938, p. 718-735). — Les expériences de O. et C. faites sur le lapin montrent qu'il existe dans les extraits hypophysaires une substance stimulant le métabolisme, autre que le principe thyréotrope. Cette substance produit une ascension rapide de la consommation d'oxygène dans les heures qui suivent l'injection avec une chute correspondante du quotient respiratoire. La production de $CO^2$ est accrue, en particulier chez les animaux à jeun, et la température du corps s'élève; le métabolisme azoté diminue. Il est possible que le métabolisme des lipides soit stimulé, mais la chute du quotient respiratoire étant forte par rapport à l'accroissement de la consommation d'oxygène, il semble qu'il doive y avoir, en outre, une certaine suppression de l'oxydation des glucides ou un certain accroissement de la glyconéogénèse.

Ce principe métabolique est thermostabile, résistant aux alcalis et à la pepsine, détruit par la trypsine et adsorbé par le noir animal. A ces divers égards, il ressemble exactement à l'hormone de la portion intermédiaire qui provoque l'expansion des mélanophores. O. et C. indiquent les raisons qui permettent de distinguer le principe métabolique actif des hormones antéhypophysaires thyréotrope, adrénotrope et de croissance ainsi que des substances hypertensives et ocytociques du lobe postérieur. Des extraits actifs ont pu être préparés à partir de l'hypophyse du bœuf, du mouton et du porc. Le principe actif existe à la fois dans le lobe antérieur et dans le lobe postérieur, mais c'est dans la portion intermédiaire qu'il est le plus abondant.

P.-L. Marie.

**S. H. Geist**, **U. J. Salmon** et **J. A. Gaines**. ***L'emploi du propionate de testostérone dans les hémorragies utérines fonctionnelles*** (*Endocrinology*, t. 23, n° 6, Décembre 1938, p. 784-792). — L'effet du propionate de testostérone a été étudié dans 25 cas d'hémorragie anormale de l'utérus. Dans 21 cas, il n'existait aucun signe physique d'affection pelvienne organique; chez 4 patientes, l'examen révéla de petits fibromes intrapariétaux. Des curetages par aspiration furent faits avant le traitement et montrèrent, chez 18 femmes, une phase sécrétoire pré-menstruelle, caractérisée par la présence de glycogène en abondance dans les cellules épithéliales; chez 2 patientes, une hyperplasie

de l'endomètre et, chez 3, une phase proliférative au 7e, au 16e et au 21e jour respectivement du cycle menstruel.

L'hémorragie excessive fut arrêtée avec des doses de 300 à 1.000 mg. par mois, faites par voie intramusculaire, chez toutes les patientes à l'exception de 2. Dans 18 cas, les règles redevinrent normales; dans 5, on observa une aménorrhée d'une durée de 1 à 5 mois, qui persiste encore. Les biopsies faites pendant et après la cure de testostérone montrèrent les modifications suivantes: disparition de la phase sécrétoire dans la grande majorité des cas; inhibition de la phase proliférative, souvent avec régression vers l'état hypoplasique ou atrophique. Dans le mois qui suivit la cessation du traitement, les biopsies montrèrent un début de régénération de l'endomètre durant la période d'aménorrhée.

Ainsi, le propionate de testostérone, à la dose de 300 à 1.000 mg. par mois, se montre capable d'inhiber la menstruation et de bloquer l'endomètre à la phase proliférative initiale, prévenant de la sorte ses modifications ultérieures. Des doses plus fortes provoquent divers degrés de régression de l'endomètre, allant jusqu'à l'hypoplasie ou l'atrophie. A la suite de la cessation du traitement, ces effets inhibiteurs disparaissent graduellement et les effets normaux de la folliculine et de la progestérone reparaissent. G., S. et G. pensent que les modifications régressives de l'endomètre observées après l'administration de testostérone représentent le résultat final de l'inhibition des facteurs gonadotropes de l'hypophyse, amenant la suppression du cycle ovarien avec cessation consécutive de la production de folliculine et de progestérone.

P.-L. Marie.

### THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE (New-York)

**Harold E. Himwich, Karl M. Bowman, Joseph Wortis** et **Joseph F. Fazekas.** ***Modifications biochimiques du sang du cerveau au cours du traitement insulinique de la schizophrénie*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 89, n° 3, Mars 1939, p. 273-294). — L'action du choc insulinique dans le traitement de la schizophrénie dont Sakel a, le premier, montré tout l'intérêt, resta jusqu'ici assez obscur dans son mécanisme. Des recherches biologiques s'imposaient pour le préciser.

Quarante-trois observations ont été faites sur 11 patients, avec recherche de la glycémie et de la richesse du sang en oxygène. Dans 15 cas, la recherche a pu être faite avant l'injection d'insuline ; la moyenne de l'oxygène utilisable était de 7,04 volumes pour 100, et la glycémie de 12 mg. 5 pour 100. Après injection d'insuline, dans la phase précomateuse, le même examen montra dans 9 cas une moyenne de 6,19 volumes pour 100 d'oxygène, et 7 mg. pour 100 comme glycémie. Dans les mêmes conditions le sang artériel contenait entre 13 et 37 mg. pour 100 de sucre. 26 examens pratiqués au cours du coma montrèrent une réduction ultérieure de l'oxygène à 3,07 volumes pour 100, et une glycémie de 41 cg. La glycémie du sang artériel variait dans ces cas entre 8 et 33 mg. pour 100.

La diminution d'utilisation de l'oxygène au cours du coma montre que la principale, si ce n'est la seule substance utilisée, est représentée par les hydrates de carbone. Notons en outre l'augmentation de la réserve alcaline du sang du cerveau, et l'absence de modification de l'activité en estérase.

Les symptômes neurologiques observés au cours du coma sont la conséquence de ces modifications biologiques. A la diminution du métabolisme cérébral dans l'hypoglycémie sont associés d'abord des symptômes d'excitation du système nerveux central, puis des phénomènes de dépression : transpiration, spasme des extenseurs, signe de Babinski, liés sans doute à l'anoxémie.

Les troubles de l'activité mentale dépendent également des troubles du métabolisme cérébral.

H. Schaeffer.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

**O. Owen, T. F. Hewer** et **P. H. Whitaker.** ***Le cancer apical bronchogénique*** (*British medical journal*, n° 4069, 31 Décembre 1938, p. 1360-1365). — Ce cancer ne se signale par aucun des symptômes habituels des cancers pulmonaires. Sur les 7 cas présentés dans cet article, 1 seul se signala par de la toux et une expectoration. Cette pauvreté en signes pulmonaires s'explique par la situation de la tumeur et par l'absence d'obstruction bronchique.

Par contre, on trouve des symptômes de compression du plexus brachial et du sympathique cervical: atrophie des muscles de la main, syndrome de Claude Bernard-Horner.

Les signes radiologiques sont également discrets. On trouve une opacité arrondie à la périphérie des champs pulmonaires à convexité tournée vers le hile. En position oblique ou latérale, on voit que la tumeur est en contact avec la paroi thoracique amenant par la suite la destruction d'une ou plusieurs côtes.

Ce cancer est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et affecte aussi bien le côté droit que le côté gauche. C'est un cancer qui frappe surtout les sujets âgés de 45 à 55 ans.

Au point de vue histologique, on trouve les mêmes variétés que dans les tumeurs à point de départ hilaire.

André Plichet.

**C. J. Trimble** et **W. C. Brothwood.** ***Une épidémie de dysenterie due au bacille de Sonne*** (*British medical journal*, n° 4069, 31 Décembre 1938, p. 1365-1388). — T. et B. rapportent l'observation d'une épidémie de dysenterie due à du lait contaminé. Il n'a pas été possible de trouver de quelle façon ce lait avait été contaminé. Les mesures officielles amenèrent une prompte cessation de l'épidémie sauf pour deux cas secondaires qui montrèrent que les instructions n'avaient pas été observées avec soin. Cette épidémie démontre l'importance d'examens répétés des selles surtout chez les sujets qui sont en apparence guéris et qui constituent souvent des porteurs de germes sains. Il est également important que des examens répétés soient faits chez les personnes qui manient le lait. Le lait avait été fourni à 24 ménages, 12 seulement furent infectés. 86 personnes burent de ce lait, mais 25 seulement contractèrent la maladie.

André Plichet.

**V. Korenchevsky** et **K. Hall.** ***Les injections prolongées d'hormones génitales mâles chez les rats mâles normaux et séniles*** (*British medical journal*, n° 4070, 7 Janvier 1939, p. 4-8). — Les variations de poids et de structure histologique des organes, après injection d'androstérone, de transdéhydroandrostérone, de testostérone et de propionate de testostérone sont semblables, dans presque tous les cas, chez les rats adultes et chez les rats séniles. Toutes ces hormones, à des degrés variables, arrêtent le développement des testicules.

Au contraire, le développement des caractères sexuels secondaires, s'il n'est pas changé par les injections de testostérone, est arrêté par l'androstérone et la transdéhydroandrostérone et considérablement stimulé par le propionate de testostérone.

La forme et le poids de l'hypophyse n'ont pas été affectés par ces hormones, sauf chez deux rats stériles, où l'on trouva une tumeur de cette glande, différente en structure de celles produites par les injections d'œstrogène.

Les autres changements observés sont : une augmentation du thymus, une diminution du poids du foie sans lésions histologiques, une excitation de la sécrétion rénale, une diminution des lipoïdes de la corticale des surrénales, une excitabilité nerveuse et une diminution du poids corporel.

Chez les vieux rats, les injections d'hormone ne diminuent aucunement l'apparence sénile. Ceci, cependant, ne doit pas infirmer l'hypothèse qu'aidées par d'autres facteurs, ces hormones sexuelles ne puissent pas jouer un rôle dans la prévention de la sénilité.

La stimulation des caractères secondaires sexuels chez les vieux rats, par le propionate de testostérone, ne doit pas être regardée comme un effet de rajeunissement, puisque, sans amélioration de l'état général, cette stimulation artificielle sexuelle n'est pas biologiquement naturelle et, chez les malades, elle est, médicalement, indésirable.

André Plichet.

**Bryan C. Thompson.** ***Erythème noueux associé à une lymphadénite cervicale tuberculeuse aiguë*** (*British medical journal*, n° 4073, 28 Janvier 1939, p. 159-171). — T. décrit 6 cas d'érythème noueux associé à une tuberculose aiguë des ganglions cervicaux. Dans 3 cas, la porte d'entrée de la tuberculose semble avoir été les amygdales, à la faveur d'une amygdalite folliculaire. Dans les 3 autres cas, la tuberculose existait depuis un certain nombre d'années. L'éclosion de l'érythème noueux et de l'adénite tuberculeuse est due sans doute à la remise en activité de bacilles tuberculeux en sommeil dans les ganglions pour deux cas, dans les poumons pour le troisième cas. Dans ce dernier cas, on ne pouvait écarter la possibilité d'une réinfection exogène.

Dans deux cas, la voie hématogène expliquant ce double foyer de lésions fut prouvée par l'existence concomitante de kérato-conjonctivite phlycténulaire dont l'activité était en rapport avec celle des lésions cutanées.

Dans 3 cas où le symptôme initial était une hypertrophie ganglionnaire, l'apparition de l'érythème noueux amena une diminution de l'adénopathie.

Ces faits posent la question des rapports entre l'allergie et l'immunité chez un même sujet.

André Plichet.

**J. D. Gray.** ***Nausées et vomissements épidémiques*** (*British medical journal*, n° 4074, 4 Février 1939, p. 209-210). — En 1936, Miller et Raven signalèrent, en Angleterre, une épidémie de nausées et de vomissements survenue dans une école de filles. Une épidémie semblable avait été observée en 1935 au Danemark où elle avait été considérée comme une épidémie d'une nouvelle maladie.

A la fin de l'année 1938, on observa cette même maladie dans le South-Hampshire. Le tableau clinique est le suivant : vertiges, nausées, vomissements, céphalée frontale, parfois bradycardie, diarrhée comme dans l'épidémie danoise, pas de fièvre ; la maladie est de courte durée, deux jours environ.

G. observa 26 cas dont 19 eurent des vertiges, 24 des vomissements et tous des nausées.

La maladie semble être endémique avec des poussées épidémiques de temps en temps; elle peut être confondue avec une dysenterie légère ou une intoxication alimentaire et il est possible, comme l'ont suggéré Miller et Raven, que cette maladie soit due à un virus neurotrope.

André Plichet.

### LA PEDIATRIA (Naples)

**G. Murano** (Naples). ***Le pneumoencéphale dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique*** (*La Pediatria*, t. 47, n° 2, Février 1939, p. 105-129). — Après avoir exposé les résultats fournis par la sérothérapie antiméningococci-


CHLORO-CALCION
P. Michels
CHLORO-CALCION
Solution titrée
de Chlorure de Calcium stabilisé
80 gouttes ou ½ cuil. à café = 1 gr. CaCl2
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
Grossesse, Allaitement, Spasmophilie
Entérites, Accidents sériques
Caries dentaires
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hemorrhagies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite, Pleurésies
CONTENANCE DU FLACON : 65 GR
LABORATOIRES P. MICHELS
Pharmacien de 1re Classe
4 bis, Rue du Colonel-Moll - PARIS (17e)

que et les échecs encore trop nombreux que cette méthode comporte, M. rappelle les injections d'eau distillée pratiquées par Mikulowski dans un cas de méningite cérébro-spinale bloquée, puis les injections d'air réalisées en 1921 par Sharp, et répétées avec certains succès par d'autres auteurs.

En 1933, Stankiewicz et Vincent publièrent 4 cas de guérisons de méningite cérébro-spinale après insufflation intrarachidienne d'air. La même année Muske publia une étude comparative des résultats fournis par le pneumoencéphale et par la sérothérapie réalisée par voie intrarachidienne et par voie musculaire. Sur 12 enfants, 5 furent traités par la sérothérapie avec 3 décès et les 7 autres traités par l'insufflation d'air intrarachidienne guérirent tous.

M., à son tour, publie 5 observations d'enfants atteints de méningite cérébro-spinale épidémique et traités par lui au moyen d'insufflations d'air associées à la sérothérapie. Sur ces 5 cas, M. obtint 4 guérisons et, tout en tenant compte des facteurs divers susceptibles d'influencer le pronostic et l'évolution de la maladie, M. considère ce résultat comme nettement encourageant. Il conclut à l'utilité d'associer de façon précoce le pneumoencéphale à la sérothérapie dans le traitement des méningites cérébro-spinales épidémiques.

En terminant il signale un nouveau mémoire de Stankiewicz et Kowalewski, publié en 1938 dans la *Revue française de pédiatrie* et consacré à l'encéphalographie et à la ventriculographie chez les enfants. Les auteurs polonais conseillent également d'avoir recours à l'insufflation intrarachidienne d'air dans le traitement des méningites cérébro-spinales, surtout s'il s'agit de formes compliquées par le blocage.

G. Schreiber.

### MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO

**K. Tsukada.** ***Etudes histologiques sur le disque inter-vertébral de l'homme*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. **25**, n° 1, 1939, p. 207-209). — T. a étudié les modifications histologiques qui surviennent dans le disque intervertébral durant la vie.

Les cellules de la corde augmentent de nombre jusqu'après la naissance, puis présentent des modifications régressives, surtout vacuolisation croissante, enfin disparaissent vers 30 ans.

Le noyau central (*nucleus pulposus*) est formé par les restes des cellules de la corde, du fibrocartilage intact et la masse gélatineuse en dégénérescence gélatineuse et granuleuse de la substance fondamentale. La masse gélatineuse s'accroît continuellement jusqu'à 30 ans, puis va en diminuant à partir de 50 ans. La dégénérescence granuleuse de la substance fondamentale débute vers 5 ans et va ensuite toujours en progressant.

L'anneau fibreux se compose de fibrocartilage intact, de substance fondamentale cartilagineuse présentant de la dégénérescence gélatineuse et de la masse en dégénérescence granuleuse de la substance fondamentale. Le fibrocartilage va en se développant avec les années et présente son maximum vers 20 ans. La dégénérescence gélatineuse de la substance fondamentale du fibrocartilage commence à partir de 1 an, atteint son plus haut degré vers 20 ans et diminue de plus en plus à partir de 50 ans. La dégénérescence granuleuse de la substance fondamentale débute vers 60 ans et progresse ensuite.

L'épaisseur du cartilage hyalin interposé entre le corps vertébral et le disque intervertébral augmente jusqu'à 5 ans, puis reste stationnaire; par contre, au niveau de la saillie du noyau central, le cartilage s'amincit; les zones de calcification et de prolifération du cartilage disparaissent en majeure partie à partir de 20 ans.

Les vaisseaux sanguins de l'anneau fibreux sont de plus en plus repoussés vers la périphérie avec l'âge.

Les fibres nerveuses de l'anneau fibreux sont des faisceaux nerveux ou des fibres à myéline; dans le noyau central, il n'y a que des fibres sans myéline.

Les fibres réticulaires et conjonctives vont en se développant sans cesse; elles s'atrophient à partir de 70 ans.

Les fibres élastiques augmentent jusqu'à 30 ans, puis vont ensuite en dégénérant.

Le glycogène diminue de plus en plus dans les cellules de la corde et disparaît vers 20 ans; dans les cellules cartilagineuses intactes, il diminue aussi à partir de 50 ans, surtout à la périphérie de l'anneau fibreux. Les graisses et les lipoïdes se montrent de plus en plus abondants dans les cellules de la corde et les cellules cartilagineuses à mesure que la vie avance, mais ils diminuent dans les cellules fusiformes de la périphérie de l'anneau fibreux. Vers 30 ans, de la graisse commence à se déposer dans la substance fondamentale de la périphérie de l'anneau fibreux. A partir de 20 ans, des foyers de calcification y apparaissent ainsi que dans le noyau central et vont ensuite en progressant.

P.-L. Marie.

### THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Kyoto)

**K. Fuzii.** ***Comment l'hémorragie modifie-t-elle la dose minima d'adrénaline élevant la pression sanguine chez le chien et le lapin?*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **35**, n° 1, 15 Janvier 1939, p. 114-122). — Kuwahata a montré que l'hypotension créée par une hémorragie tend à faire diminuer la dose minima active d'adrénaline. Domenech-Alsina a combattu cette opinion.

F. a déterminé chez des chiens morphinisés et chez des lapins non anesthésiés la dose minima d'adrénaline qui, injectée dans les veines, fait monter la pression. Puis il a fait une saignée artérielle plus ou moins copieuse et recherché la dose minima active d'adrénaline, lorsque la pression était basse.

Chez les chiens, la soustraction d'une quantité modérée de sang (10 à 30 pour 100) agit en faisant diminuer la dose pressive minima d'adrénaline, cette saignée augmente donc la sensibilité de l'organisme à l'adrénaline. Mais une soustraction considérable (60 pour 100 et plus du volume total) fait augmenter la dose minima nécessaire; la sensibilité à l'adrénaline décroît.

Chez les lapins, F. a constaté une diminution de la dose minima pressive d'adrénaline chez certains animaux n'ayant eu qu'une petite saignée et une augmentation quand celle-ci atteignait ou dépassait 2 pour 100 du poids du corps.

P.-L. Marie.

### ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE

**C. Jonesco-Mihaiesti, M. Ciuca, M. Nasta** et **T. Veber**, avec la collaboration de **Athanasiu, Baisoiu, Blechmann, Cerchez, Dumitrescu, Papazol, Patroianu, Tunaru** et **Mlle Notaru.** ***La vaccination antituberculeuse par le BCG en Roumanie. Dix années de vaccination à Bucarest*** (*Archives roumaines de Pathologie expérimentale et de microbiologie*, t. **11**, n° 1, Mars 1938, p. 5-37). — De 1927 à 1937, sur un nombre moyen de 12.000 à 13.000 naissances, 2.542 enfants ont été vaccinés la première année et 891 revaccinés. Les années suivantes, le nombre des vaccinés a été de 7.000 à 8.000, celui des revaccinés variant de 3.000 à 8.000. Pour cette période de 10 ans, le nombre total des enfants ayant reçu le bacille de Calmette-Guérin par la bouche, à la naissance, à la fin de la première année et à l'âge de 3 et 7 ans, s'élève à 78.989.

Sur ceux-ci, 32.509 seulement ont été retenus pour la statistique.

Dans un premier groupe de 1.273 enfants ayant un contact tuberculeux, la mortalité totale a été, au cours de la première année (non comptés les premiers jours avant la vaccination), de 137,8 pour 1.000. Au cours de la deuxième année, elle a été de 38,9 pour 1.000; au cours de la troisième année, de 13,06 pour 1.000; et au cours de la quatrième année, de 7,11 pour 1.000. Les décès par tuberculose certaine ont été de 6,6 pour 1.000 au cours de la première année; de 8,84, de 4,7 et de 1,4 respectivement au cours des deuxième, troisième et quatrième années. Ceux par tuberculose probable, respectivement de 5.5, 0,88, 0 et 0. Ceux par tuberculose possible de 29,5 pour la première année, 7,06, 2,38 et 0 au cours des deuxième, troisième et quatrième années.

Sur la totalité des 32.509 enfants ayant reçu le BCG, la mortalité générale a été au cours de la première année de 153,6 pour 1.000, au cours de la deuxième année de 44,5 pour 1.000 et de 14,1 pour 1.000 au cours de la troisième année.

Sur 397 enfants de 0 à 10 ans, dont 182 ayant reçu le BCG et ayant eu un contact tuberculeux, 98 sans contact et 117 témoins non immunisés à contact tuberculeux, on a pratiqué des intradermo à la tuberculine. Dans le groupe des BCG sans contact tuberculeux, on trouve 53 pour 100 de réactions positives et 38 pour 100 d'images radiologiques anormales. Dans celui des BCG avec contact tuberculeux, on trouve 73 pour 100 de réactions positives et 38 pour 100 d'images radiologiques anormales. Chez les non immunisés avec contact tuberculeux, on trouve 79 pour 100 de réactions positives et 52 pour 100 d'images anormales.

Robert Clément.

### BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY (Bratislava)

**M. Nabelek.** ***Les empoisonnements par les champignons aux environs de Bratislava*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. **18**, n° 9, Septembre 1938, p. 352-358). — Les empoisonnements s'observent surtout dans les classes les plus pauvres de la population et chez les indigents, logés à la périphérie de la ville, au voisinage immédiat de forêts où les espèces vénéneuses abondent. Il y a parfois confusion avec des champignons comestibles, mais souvent l'ignorance est totale et des tableaux illustrés, avertissant du danger, devraient être placés à l'orée de la forêt. Les variétés Amanita Phalloides et Ammanita mappa sont très nombreuses ; A. alba est confondue, pour les champignons jeunes, avec le psalliote, pour les champignons plus âgés, avec le tricholôme équestre, vendu en masse sur les marchés.

Les conséquences sont parfois catastrophiques. C'est ainsi que sur une famille de 5 personnes, la mère seule survécut. L'intoxication débuta par un syndrome digestif sévère, du type cholériforme, et la mort survint dans le coma au bout de deux jours pour le père, âgé de 48 ans, et la fille âgée de 16 ans ; les deux autres enfants, le fils aîné et le plus plus jeune, moururent un et deux jours plus tard. Dégénérescence graisseuse du foie et des reins, hémorragies muqueuses, sang incoagulable, s'observent à chaque autopsie. Dans un autre exemple d'intoxication familiale, seul l'enfant le plus jeune (7 ans) mourut. Pour les quatre survivants, la convalescence fut longue et pénible. Il faut noter que deux chats succombèrent et que, s'il existe une immunité relative pour les herbivores (limaces, escargots, rongeurs, ruminants), les carnivores

# DIGILANIDE

*Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata*

**Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES**

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c.c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 8 à 10 jours consécutifs.
SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.
AMPOULES : Voie veineuse : Une injection de 4 c. c, par jour pendant 2 à 3 jours. Voie intramusculaire : 1 ampoule de 2 c. c. une à deux fois par jour.
DRAGÉES : 1, trois fois par jour.

**PRODUITS SANDOZ,** 20, Rue Vernier, PARIS (XVII$^e$) — B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie.

# LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE

**CRYOGÉNINE LUMIERE**
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FEBRILES, la DOULEUR, etc SPECIFIQUE de la GRIPPE

**TULLE GRAS LUMIÈRE**
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HEMORRAGIES

**OPOZONES LUMIÈRE**
à base de GLANDES FRAICHES
Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS

**EMGÉ LUMIÈRE**
Médication hyposulfitique magnésienne.
Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale.
Comprimés · régulateur des fonctions digestives

**OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE**
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES

**ALLOCHRYSINE LUMIÈRE**
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.

Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
*Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.*




**Arthritisme**
**Dyspepsie**
**Diabète**
**Gastro-Entérites**
*(Enfants et Adultes)*

Société Vals-Reine, à Vals-les-Bains (Ardèche)

VALS SOURCE LA REINE




**Echantillon gratuit, littérature, cartes de pesées**
**4, Rue Lambrechts, 4 — COURBEVOIE (Seine)**

(chiens et chats) sont susceptibles de s'empoisonner comme l'homme. Les essais d'immunisation de Limousin n'ont pas été confirmés.

**M. Kadlecik.** ***Fibromyomes et stérilité*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. 18, n° 10, Octobre 1938, p. 392-398). — L'influence éventuelle des fibromyomes sur la stérilité féminine ne semble pas plus avoir été démontrée par les recherches récentes que par les classiques. Les opinions restent contradictoires à cet égard. Pour Kehrer 30 pour 100 des opérées étaient stériles et pour Scanzoni 50 pour 100. La statistique de K. porte sur 890 opérées, dont 190 seulement étaient stériles, soit 21,2 pour 100. Aucune de ces femmes ne se fit opérer en raison de la stérilité, mais toutes, au contraire, pour des accidents dus à la tumeur. 84 étaient âgées de moins de 40 ans, mais 27 d'entre elles seulement purent bénéficier d'une intervention conservatrice, respectant leurs chances de maternité, en raison de l'état de l'utérus. Parmi les femmes stériles, 60 ne présentaient aucune altération coexistante des annexes, 90 (50 pour 100) avaient été réglées avant 14 ans, c'est-à-dire en avance sur la moyenne des sujets, 52 entre 16 et 20 ans. Dans tous les cas le volume de la tumeur était suffisant pour justifier l'absence de grossesse, pendant l'époque précédant l'intervention tout au moins, mais non dans les années de jeunesse antérieure. A côté des myomes sous-séreux qui prédominent (65), on note 14 m. sous-muqueux, 13 intra-ligamentaires et 7 cervicaux. Ces chiffres corroborent l'opinion de Paschnee et Rosner d'après qui les myomes sous-séreux sont les plus susceptibles d'entraîner la stérilité. Les anomalies de développement signalées par Freund et Schorle comme de coexistence fréquente n'ont pas été retrouvées. Une seule des 27 femmes traitées par la méthode conservatrice eut, par la suite, une grossesse terminée par un accouchement normal, avec un enfant également normal.

**Vrla.** ***L'utilisation de l'anatoxine précipitée pour la vaccination antidiphtérique*** (*Bratislavske Lekarska Listy*, an. 18, n° 11, Novembre 1938, p 409-418). — 220 enfants, du district de Jenica, ont été vaccinés par l'anatoxine précipitée au moyen du sulfate d'alumine et fournie par le service d'hygiène publique de l'Etat tchécoslovaque. L'inoculation détermine des infiltrats œdémateux, douloureux au début, atteignant de 2 à 7 centimètres de diamètre. La durée de ces réactions inflammatoires varie de 6 à 8 semaines. La guérison complète est la règle. Des abcès aseptiques ont été observés 13 fois, dont 5 avec ouverture spontanée et guérison en 4 ou 5 jours. Pour les autres il y eut résorption sans incision. Chez les enfants plus âgés un érythème allergique, dont l'étendue sembla en fonction de l'âge, s'observe parfois accompagné ou non d'une réaction fébrile qui ne dépasse qu'exceptionnellement 38°. Les malaises restent très légers et trois enfants seulement durent être alités. Aucune complication sérieuse ou durable n'a été observée et il est permis de dire que ce mode de vaccination ne s'accompagne que de réactions bénignes.

**Humbursky.** ***Le paludisme en Slovaquie*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, an. 18, n° 12, Décembre 1938, p. 581-588). — Cette importante étude a pour base les observations recueillies de l'année 1919 au 1er Avril 1937. L'ensemble du pays est divisé en trois parties: la première groupe les districts à paludisme sporadique; la seconde comprend les districts de la Slovaquie méridionale, riverains du Danube, à paludisme endémique, avec quelques épidémies de 1920 à 1923; la troisième correspond à la Slovaquie orientale, où le paludisme endémique est en continuité directe avec la malaria de Hongrie, de Roumanie et de Russie subcarpathique, dont les régimes hydrographiques, climatiques et territoriaux sont en tous points identiques aux siens.

C'est dans cette dernière zone que le mal est le plus important. Huit districts y sont particulièrement atteints et, dans l'un d'eux (Kralovsky Chlumec), presque la moitié de la population est affectée (10 à 15.000 cas par an). Un district voisin (Velké Kapusany) compte environ 100 hectares de marais permanents, 500 hectares de marais temporaires et les inondations couvrent 1/3 de sa superficie, soit 30.000 hectares, situés à 120 mètres au-dessus du niveau de la mer. Les épidémies y sont fréquentes, comme dans le reste de la région, couverte de forêts, riches de cours d'eaux qui débordent après les grandes pluies (jusqu'à 2.000 mm. par an), circonstances doublement propices à la pullulation des moustiques. C'est en 1928 et 1934 que les manifestations épidémiques ont été les plus massives, tant, sans doute, par suite de l'abondance des pluies que par l'extension de la crise économique et ses répercussions sociales.

La morbidité palustre est en voie d'extension depuis la guerre. La déclaration et les mesures prophylactiques actuelles sont insuffisantes. Pour obtenir une protection efficace, l'action entreprise sur l'ensemble de la République tchécoslovaque devrait être complétée, sur le plan international, par une action parallèle de la Hongrie et de la Roumanie. L'endémie, aux confins de la Slovaquie orientale, atteint 10 à 30 pour 100 des habitants. Les familles de Tziganes, qui comptent toutes des porteurs chroniques parasités, aggravent le problème parce qu'elles échappent souvent au traitement. En somme, les meilleures conditions se trouvent réunies tant pour la multiplication des anophèles que pour le développement des hématozoaires, presque toujours du type vivax. Seule une intervention synergique des divers services à qui incombent l'assainissement et la lutte antipaludique permettra de juguler une infestation qui atteint, sur l'ensemble du territoire, à l'heure actuelle, plus de 34 districts.

### *TURK TIB CEMIYETI MECMUASI* *(Istambul)*

**A. Asim Onur.** ***La Cortine dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse*** (*Türk Tib Cemiyeti mecmuasi*, t. 5, n° 3, 1er Mars 1939, p. 72-74). — A. O. admet l'opinion qui explique la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse par un hyperfonctionnement hypophysaire. C'est ce qui l'a conduit à tenter d'exercer une action frénatrice sur l'hypophyse en utilisant l'extrait surrénal. Cette méthode lui a donné successivement cinq succès. Il rapporte dans cet article deux autres cas plus récents, dans lesquels la médication s'est montrée également efficace.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une primipare de 20 ans, enceinte de 2 mois. Aux vomissements incoercibles qui s'étaient établis dès le premier mois s'étaient ajoutées une tachycardie permanente et une perte de poids très accusée. A. O. pratiqua des injections intraveineuses de Cortine, le premier jour, 2 fois 5 $cm^3$ et les jours suivants 2 fois 10 $cm^3$. Dès le début du traitement la malade avait pu s'alimenter et après quelques jours tout vomissement avait cessé.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 33 ans, à sa seconde grossesse. Des vomissements incoercibles s'étaient établis depuis 3 semaines. Là encore des injections intraveineuses de Cortine, les premiers jours à 20 $cm^3$, les 3 jours suivants à 10 $cm^3$ amenèrent la guérison. A. Ravina.

### *ARCHIVOS DE PEDIATRIA DEL URUGUAY* *(Montevideo)*

**Silveira Sampaio et J. Freire de Vasconcelos.** ***Tuberculose infantile*** (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, an. 2, fasc. 123, Décembre 1938, p. 815-962). — Ce travail important est basé sur l'étude de 140 cas de tuberculose infantile.

Les anamnèses ont permis pour 64 enfants (soit dans près de 50 pour 100 des cas) d'incriminer un contage familial : mère tuberculeuse dans 17 cas, père tuberculeux dans 11 cas, père et mère tuberculeux dans 3 cas, grands-parents tuberculeux dans 11 cas, autres parents tuberculeux dans 17 cas, etc.

Parmi les petits tuberculeux suivis par S. S. et F. de V., 7 avaient été vaccinés par le BCG. Ils présentaient les lésions suivantes : adénopathie trachéo-bronchique avec infiltration pulmonaire secondaire dans 2 cas; adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse dans 1 cas, adénopathie trachéo-bronchique et conjonctivite phlycténulaire dans un cas; infiltration secondaire des poumons dans 1 cas, tuberculose miliaire généralisée avec prédominance pulmonaire dans 1 cas, tuberculose ulcéro-caséeuse de l'estomac dans 1 cas confirmée par l'autopsie.

La plupart des enfants atteints étaient sujets, d'après leurs antécédents, à des troubles fréquents de la nutrition avec diarrhée, vomissements, anorexie, amaigrissement, fièvre, etc. A ce dernier point de vue, le processus tuberculeux évolua toutefois sans hyperthermie dans 47 cas. Un état subfébrile chronique fut noté dans 52 cas et, dans 38, la température oscilla entre 38 et 40°, avec des périodes de rémissions alternant avec des poussées fébriles.

La cutiréaction pratiquée chez 133 enfants fut positive 116 fois et négative 17 fois. Le diagnostic de tuberculose fut basé dans 30 cas principalement sur les constatations radiologiques et confirmé par ces dernières dans 73 cas suspects.

Les 140 cas de tuberculose infantile étudiés se décomposent ainsi : tuberculose latente 32 cas, tramite 1 cas, tuberculose miliaire généralisée à prédominance pulmonaire 3 cas; à prédominance méningée 4 cas; à prédominance intestinale 4 cas; tuberculose polyviscérale 5 cas ; kérato-conjonctivite phlycténulaire 6 cas; iritis miliaire 1 cas; tuberculose osseuse 3 cas; adénopathie trachéo-bronchique 26 cas; adénite cervicale 3 cas; tuberculose ganglionnaire 1 cas; tuberculose ulcéro-caséeuse de l'estomac 1 cas; épituberculose 2 cas; scissurite 3 cas; spléno-pneumonie 4 cas; corticopleurite 1 cas; infiltration précoce 2 cas; infiltration secondaire 26 cas; pneumothorax spontané 1 cas; pneumonie caséeuse 3 cas; broncho-pneumonie caséeuse 1 cas; tuberculose intestinale 1 cas; méningite tuberculeuse 6 cas.

Le traitement institué dans ces 140 cas a consisté principalement en injections intramusculaires quotidiennes de 5 $cm^3$ de *gadusan* (cuivre colloïdal) par séries de 20 à 50 injections, répétées à de courts intervalles. En plus du régime hygiéno-diététique, des préparations calciques et vitaminées ont été administrées.

Les résultats furent les suivants : sortis guéris 22 cas; sortis améliorés 35 cas; sortis à leur demande sans modification 17 cas; sortis à leur demande aggravés 6 cas; transférés sans modification 13 cas; décédés par tuberculose 33 cas; décédés par maladie intercurrente 14 cas.

G. Schreiber.


Nouvelle Thérapie Soufrée
THIOFÈNE
ROBIN

# REVUE DES JOURNAUX

### ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE MEDICO-CHIRURGICALE

*(Paris)*

**G. Coryn** (Bruxelles). ***Recherche expérimentale sur l'influence des glandes endocrines sur l'histologie du cartilage de conjugaison*** (*Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, t. 16, n° 1, Janvier 1939, p 27). — C. a voulu préciser par des recherches expérimentales nos connaissances encore très vagues, malgré que souvent invoquées, sur les rapports du squelette avec les glandes endocrines. Il a pris comme objet d'étude la région dia-épiphysaire des os longs chez de jeunes animaux.

L'influence de l'hypophyse sur le squelette est rendue très évidente par l'hypophysectomie. On constate, au bout de 15 jours, une influence élective sur la zone sériée du cartilage de conjugaison: la prolifération cellulaire est ralentie, ce qui entraîne une atrophie des couches sus-jacentes et, en définitive, aboutirait au nanisme hypophysaire. Cet effet de l'hypophysectomie n'a pas pu être corrigé par des injections d'hormone hypophysaire; enfin, il n'a pas été possible, par l'action de cette hormone sur des animaux sains, d'obtenir une influence d'accélération sur la croissance.

L'influence des glandes sexuelles a été étudiée par castration. Au bout de 60 jours, on constate une influence surtout marquée sur la couche du cartilage hypertrophique: le passage de la structure sériée à la structure hypertrophique est retardé, la disparition des travées directrices et la résorption de la substance cartilagineuse manquent de se faire. Cette influence de la castration peut être corrigée par l'injection d'hormone sexuelle (en l'espèce folliculine) qui rétablit des images histologiques proches de la normale. Sur l'animal sain, l'injection de folliculine n'a pas d'influence nette.

L'influence des parathyroïdes n'a pas pu être démontrée: tous les résultats sont négatifs en ce qui concerne la croissance squelettique. A ce propos, C. critique les expériences déjà publiées sur la reproduction de lésions fibrokystiques par injection de parathormone: il lui semble, avec Snapper, qu'on a tiré de ces expériences des conclusions qui les dépassent.

L'influence de la thyroïde a été étudiée sur des animaux recevant de la thyroxine et chez d'autres éthyroïdés. On constate, chez ces derniers, une modification de toutes les couches du cartilage de conjugaison. Les cellules cartilagineuses sont moins nombreuses, la substance cartilagineuse plus abondante, l'hypertrophie est très lente à apparaître; le cartilage se maintient très avant dans la zone ostéoïde. L'hyperthyroïdie produit des modifications inverses.

Ces expériences, très bien conduites, fournissent une explication histologique et histogénétique des syndromes endocriniens du squelette observés en clinique humaine.

P. Moulonguet.

**P. Gauthier-Villars** et **Marthe Lamy**. ***Endométriomes de l'appendice*** (*Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, t. 16, n° 2, Février 1939, p. 189). — Une femme de 32 ans est opérée avec le diagnostic d'appendicite. Le chirurgien trouve un hématome de la fosse iliaque droite recouvrant l'épiploon et s'infiltrant entre les anses intestinales; l'iléon est, à sa terminaison, épaissi et cartonné; son mésentère est légèrement rétracté; on note des nodules saillants, de couleur rouge, sur le tube intestinal et sur le mésentère. L'appendice est court et cicatriciel.

L'examen histologique de l'appendice montre, en pleine tunique musculaire, des tubes épithéliaux caractéristiques de l'endométriome. On ne retrouve pas ces lésions au niveau de la muqueuse appendiculaire.

Observation typique d'endométriome de l'appendice, dont il existe déjà quelques observations publiées. Au point de vue clinique, elles comportent toutes, chez des femmes de 30 à 50 ans, des crises douloureuses coïncidant avec la période menstruelle et accompagnées de dysménorrhée habituelle. Comme les observations précédentes, celle-ci démontre que l'endométriome de l'appendice n'est jamais localisé: la plupart des auteurs ont noté des lésions génitales; celle-ci prouve l'existence de lésions associées sur l'intestin grêle et sur le mésentère. Il est à craindre, par conséquent, que l'appendicectomie ne soit pas un traitement efficace des phénomènes douloureux accusés par les malades.

P. Moulonguet.

### ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE

*(Paris)*

**J.-A. Ramadier**. ***Technique nouvelle pour atteindre le golfe de la jugulaire*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 12, Décembre 1938, p. 1141-1158). — Cette technique élargit le champ opératoire de la trépanation de la fosse jugulaire et donne des repères anatomiques précis, ce qui manquait jusqu'alors, qu'il s'agisse de la voie d'abord postérieure rétro-faciale ou de la voie antérieure ou préfaciale. Sa caractéristique est de n'entreprendre la recherche proprement dite du golfe qu'après avoir largement abattu au préalable l'épais rempart osseux de formation mastoïdienne et temporale, qui protège en dehors la portion descendante de l'aqueduc de Fallope et avoir du même coup repéré exactement l'émergence cranienne du nerf facial en recherchant « l'angle-repère du facial » formé par le bord inférieur de la mastoïde privée de sa pointe et le bord inférieur de l'os temporal abrasé, échancrure osseuse masto-tympanale ouverte vers le bas. Le nerf émerge en effet juste au-dessous.

Ce premier temps exécuté, la brèche osseuse, tranchée ou tunnel, qui doit conduire au golfe, se trouve considérablement diminuée de profondeur; elle peut être pratiquée en ayant en quelque sorte sous les yeux le trajet du facial; au surplus, la plupart des manœuvres cervicales, qui font partie des opérations classiques, deviennent inutiles.

Que l'on s'adresse à la voie rétro-faciale ou à la voie préfaciale, ces points de technique facilitent singulièrement l'accès vers le golfe.

J. Leroux-Robert.

**Alfoeldy** (Budapest). ***Le traitement des « crises octavus » angioneurotiques selon les principes les plus modernes*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 12, Décembre 1938, p. 1159-1163). — Les crises octavus ou vertiges de Ménière peuvent être considérées comme une manifestation allergique au même titre que les rhinites vaso-motrices, la migraine, l'urticaire, l'œdème de Quincke ou l'asthme.

Dans le traitement non spécifique des états allergiques, l'histamine a donné de bons résultats. Appliquée au traitement des états vertigineux ménièriformes, l'histamine a été employée avec succès, à raison de 10, 15, 20 injections sous-cutanées à doses progressives (0,00001 à 0,01 *g.* d'histamine).

J. Leroux-Robert.

**P. Jacques** et **P. Florentin**. ***A propos d'une tumeur cylindromateuse de la voûte palatine*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 1, Janvier 1939, p 1-8). — La structure cylindromateuse enregistrée dans un néoplasme peut être considérée comme une étape régressive ou, tout au moins, comme une phase de latence ou de stabilisation de la tumeur. Dans cette tumeur atypique de la voûte palatine, là où l'on constate l'apparition d'un cylindrome authentique, on ne voit aucun phénomène évolutif se manifester, aucune figure de division cellulaire directe ou indirecte; et, par suite de la disparition presque complète des vaisseaux sanguins, les métastases ne peuvent se propager. Ce sont en effet des facteurs vasculaires qui interviennent dans l'évolution cylindromateuse et qui accompagnent, sinon déterminent, l'imprégnation mucoïde caractéristique de ces tumeurs.

Cette constatation histologique n'implique en rien de la bénignité de l'épithélioma, qui peut, en d'autres points de sa surface, progresser à la manière d'un cancer infiltrant et donner des métastases, ainsi qu'il ressort très nettement de l'étude des nombreux cas cités dans la littérature.

Il en est donc des cylindromes comme des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires, dont la malignité s'affirme souvent en l'absence de tout critère histologique indiscutable, et dont il convient de réserver le pronostic, à l'encontre de l'opinion jusqu'alors couramment admise dans les traités classiques de cancérologie.

Jean Leroux-Robert.

**M. Lallemant, J. Delarue** et **J. Leroux-Robert**. ***Les polypes du larynx. Etude anatomo-clinique*** (*Les Annales d'oto-laryngologie*, n° 1, Janvier 1939, p. 9-30). — Voici les conclusions de ce travail, basé sur l'étude de 118 polypes laryngés examinés cliniquement et histologiquement:

1° Le terme de polype du larynx correspond à une *entité clinique et histologique nettement définie*.

2° Les polypes du larynx doivent être nettement séparés des angiomes, des lipomes, des adénomes, des myxomes, des chondromes, des papillomes et, d'une façon générale, de toutes les tumeurs sous la dénomination desquelles, à tort, ils sont trop souvent décrits.

3° Les polypes du larynx *ne sont pas des tumeurs*. Ils répondent à un processus inflammatoire local exsudatif et dégénératif du chorion laryngé sous-muqueux, capable de régression ou, au contraire, d'organisation, suivant l'intensité des désordres qu'il a provoqués.

4° Les polypes du larynx sont à rapprocher, par leur constitution histologique, des nodules des chanteurs et de certaines tumeurs locales dites amyloïdes de l'arbre respiratoire.

Jean Leroux-Robert.

### ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
### (Paris)

**Arruga** (Barcelone). ***La greffe cornéenne*** (*Archives d'Ophtalmologie*, Nouv. série, t. **3**, n° 4, Avril 1939, p. 289-313). — A. décrit en détail la façon de procéder pour inclure le greffon de cornée dans la cornée. Il schématise l'opération en de nombreuses figures explicatives schématiques; il donne aussi des photographies montrant les résultats obtenus. Si l'on opérait seulement des cas de leucome central, on obtiendrait 80 pour 100 de transparence définitive, 15 pour 100 de semi-transparence et 5 pour 100 d'opacité du greffon. Quand le leucome est total, on obtient 80 pour 100 d'opacité du greffon et 20 pour 100 seulement de semi-transparence Les statistiques d'ensemble oscillent entre ces deux pourcentages. Il y a cependant beaucoup à attendre de ces greffes cornéennes.

A. Cantonnet.

**P. Bonnet, G. Bonamour** et **M. El Khalifah.** ***La chryséose de l'œil (imprégnation de la cornée et de la conjonctive par l'or)*** [*Archives d'Ophtalmologie*, Nouv. série, t. **3**, n° 5, Mai 1939, p. 385-394]. Toutes les cornées examinées, aussi bien humaines que les cornées de lapins, contenaient de l'or, ce qui est prouvé par les méthodes chimique, physique de coloration électrolytique d'une membrane protéique et par l'histospectrographie. Il n'est pas possible de dire sous quelle forme l'or imprègne la cornée. L'intérêt séméiologique de la chryséose de l'œil est comparable à celui de l'imprégnation par la chalcose, la sidérose ou l'argyrose. Dans la thèse d'El Khalifah on a réuni 7 observations de chryséose de la cornée.

L'imprégnation de la cornée indique le mode d'impréparation de l'organisme en général et elle permet d'étudier les modes des échanges nutritifs de la cornée. Ainsi, son intérêt est considérable.

A. Cantonnet.

### JOURNAL DE CHIRURGIE
### (Paris)

**P. Moulonguet** et **J.-A. Lièvre.** ***Etude d'un cas d'ostéose parathyroïdienne (Signes non osseux; complications post-opératoires; guérison)*** [*Journal de Chirurgie*, t. **53**, n° 2, Février 1939, p. 161-175]. — J.-A. Lièvre, qui l'a définie, rappelle d'abord que l'ostéose parathyroïdienne (O. P.) est caractérisée par un adénome parathyroïdien et par la mobilisation du calcium des os vers les parties molles et vers les excreta. L'ostéite fibrokystique généralisée de Recklinghausen est le résultat fréquent, mais non nécessaire, de l'ostéose qui peut avoir pour conséquence des symptômes assez différents.

L'observation que publient M. et L. est un bel exemple de ces cas à symptomatologie osseuse fruste avec prédominance d'un autre symptôme qui est ici l'asthénie musculaire. Elle est divisée en trois périodes:

*Période pré-opératoire.* La malade, âgée de 47 ans, est suivie par M. et L. depuis le 14 Décembre 1937. L'examen critique des symptômes qu'elle a présentés successivement depuis deux ans montre leur valeur diagnostique; ils comprennent en effet: de la polyurie, de la polydipsie (attribuables soit à l'effet rénal de l'hyperparathyroïdisme, soit aux besoins de l'élimination calcique urinaire); de la constipation, révélatrice elle aussi de la même action hormonale; de l'anorexie avec altération générale et perte de poids; de l'*asthénie musculaire* surtout, qui joue le rôle capital dans l'impotence fonctionnelle de la maladie de Recklinghausen.

Les signes osseux sont restés discrets (décalcifications cranienne et vertébrales) mais intéressants par deux lésions particulières: un ostéome du sinus frontal, révélé par la radiographie, et une tumeur à myéloplaxes (opération et examen histologique) du maxillaire supérieur, lésion habituelle de cette ostéose.

Enfin, depuis Juin 1937, tumeur ayant atteint le volume d'une cerise, de la région thyroïdienne supérieure droite, qui est regardée comme thyroïdienne et non comme l'adénome parathyroïdien, correspondant cependant au diagnostic d'ostéose qui avait été fait.

Les examens biochimiques confirment le diagnostic.

*Période opératoire et des suites immédiates.* La tumeur latéro-cervicale enlevée sous anesthésie locale est un adénome parathyroïdien, à cellules principales. Un fragment greffé sous la peau d'un cobaye détermine une réaction osseuse sous l'endoste du fémur (myéloplaxes, résorption ostéoclastique, moelle fibreuse en voie de réhabitation par des éléments hématopoiétiques).

Cicatrisation sans incidents, mais suites opératoires menaçantes: d'abord *anurie grave* qui ne fut ici que l'exagération d'une conséquence déjà connue de l'ablation de l'adénome: la suppression de la polyurie et même l'oligurie; complications pulmonaires en foyer des bases; anémie accentuée. Pas de tétanie.

*Suites éloignées.* L'état actuel est satisfaisant du fait de la récupération progressive de la force musculaire avec reprise de la marche prolongée et de l'activité professionnelle; cicatrisation de la cavité résultant de l'évidement de la tumeur à myéloplaxes et régression de saillies osseuses des plateaux tibiaux. Calcémie et phosphorémie normales.

Cette intéressante observation comprend une étude minutieuse du sang et des urines au cours de la période post-opératoire, résumée en un tableau.

P. Grisel.

**P. Moulonguet** et **J. Varangot.** ***Les tumeurs de la thèque interne de l'ovaire*** (*Journal de Chirurgie*, t. **53**, n° 3, Mars 1939, p. 305-321). — Cette variété de tumeurs féminisantes de l'ovaire a été décrite en 1932 par Löffler et Priesel, de Vienne, sous le nom de *fibroma theco-cellulare xanthomatodes ovarii.* M. et V. en comptent actuellement 27 observations, auxquelles ils en ajoutent 3 : 2 personnelles et 1 du Dr Riopelle, de Montréal.

Les malades ont été des femmes de 18 à 92 ans; 16 et plusieurs depuis fort longtemps, n'étaient plus réglées au moment de l'apparition des symptômes; 4 sont difficiles à classer, car elles étaient à l'âge de la ménopause, et 10 étaient en période d'activité sexuelle; pas de cas prépubertaire.

Les signes cliniques sont ceux d'une tumeur bénigne, qui peut n'être découverte qu'à l'autopsie (5 cas), appeler l'attention par des signes de compression pelvienne (7 cas) ou par ceux de la torsion de son pédicule (1 cas), mais qui, le plus souvent (17 cas), n'est reconnue qu'au cours d'un examen gynécologique, motivé par l'existence de troubles de la menstruation ou par la réapparition de pertes sanguines chez une femme âgée. A la période d'activité sexuelle, M. et V. signalent la possibilité de périodes d'aménorrhée séparant les pertes, ou même celle d'une aménorrhée comme symptôme unique, qu'il faut se garder de traiter par l'hormone folliculaire.

La tumeur est de dimensions variables, du petit pois à la tête d'homme; fortement encapsulée, pas adhérente aux organes voisins, elle a l'aspect d'un fibrome de l'ovaire. C'est sa coupe qui peut permettre le diagnostic et orienter la conduite de l'opérateur; elle est caractérisée par la présence, entre des travées de tissu fibreux grisâtre ou blanc bleuté, de zones très brillantes, d'un jaune d'or.

La coupe histologique traitée par les méthodes ordinaires donne l'aspect d'un fibrome, avec des zones plus richement cellulaires qui évoquent l'idée de sarcome et des îlots épithélioïdes à vascularisation de type endocrinien; c'est la coupe par congélation, traitée par les colorants des graisses, qui fait apparaître « une véritable poussière de petites gouttelettes lipidiques intracellulaires, que l'histochimie démontre constituées d'esters du cholestérol ».

Ce sont ces caractères histologiques et histochimiques qui avaient permis à Löffler et Priesel de reconnaître l'origine thécale interne de ces tumeurs; M. et V. voient dans leur rôle fonctionnel œstral, que traduisent les ménorragies et les métrorragies qu'elles provoquent, une preuve nouvelle et encore plus complète de cette origine. Ils rappellent que dans le follicule en voie de maturation, c'est la thèque interne, avec ses cellules épithélioïdes à protoplasma clair chargé de lipides et entourées d'un feutrage conjonctivo-vasculaire abondant, qui a la structure d'une glande endocrine et doit être regardée comme produisant l'hormone œstrogène. Les cellules de la granulosa ne prendront un caractère endocrine qu'après l'ovulation, en constituant le corps jaune.

Enfin, l'opération apporte une confirmation expérimentale du caractère œstrogène de la tumeur, puisque son ablation met fin au syndrome d'hyperfolliculinisme.

Le pronostic des tumeurs de la thèque interne doit être considéré comme bénin et M. et V. n'acceptent pas les signes de malignité: cliniques (adhérences et ascite) et histologiques (atypie cellulaire) signalés par Löffler et Priesel dans un de leurs cas.

L'ablation de la tumeur suffit d'autant qu'elle est suivie de la régression de l'hyperplasie de la muqueuse utérine, signe caractéristique de l'hyperfolliculinisme qu'elle causait.

P. Grisel.

**J. Patel.** ***Sur les liens qui unissent les staphylococcies aux avitaminoses*** (*Journal de Chirurgie*, t. **53**, n° 3, Mars 1939, p. 344-351). — P., dans le rapport sur les septicémies à staphylocoque qu'avec P. Moiroud il présentait au dernier Congrès français de Chirurgie, avait signalé, du point de vue biologique, le rôle favorisant que jouent dans leur développement les erreurs de régime et spécialement l'avitaminose. Dans ce court mémoire, il reprend plus complètement l'étude de cette intéressante question de pathogénèse.

Après avoir rappelé la nature physico-chimique et les pouvoirs biologiques des vitamines A, B ($B_1$, $B_2$, $B_3$) et C, P. s'efforce d'établir la part qu'il est légitime d'attribuer à la carence de chacun de ces facteurs dans le développement des septicémies à staphylocoque.

*Avitaminose A.* — Quoique chez l'animal arrivé à la période ultime des accidents déterminés par la carence en facteur A, l'existence de foyers de suppuration soit souvent constatée, cette infection, sans rapports avec l'épuisement du foie en facteur A et non influencée par un régime riche en ce facteur (Debré), n'est regardée que comme secondaire à la dévitalisation des tissus par l'avitaminose.

*Avitaminose B.* — L'action favorisante directe sur le développement et la localisation de l'infection apparaît nettement ici, car l'avitaminose B produit et de l'hyperglycémie et des lésions de myosite (fibrose, infiltration lymphocytaire, œdème), sur lesquelles l'infection staphylococcique expérimentale se fixe électivement (Osawa).

*Avitaminose C.* — Même rôle attribuable à cette avitaminose qui, même occulte, conduit à la diminution de la résistance organique (peut-être par acidose) par la suppression de l'activité des émonctoires et du pouvoir pexique des leucocytes circulants et du système réticulo-endothélial. De plus, elle crée des lésions osseuses locales (Mouriquand), terrain d'élection pour le développement ultérieur d'un foyer osseux métastatique suppuré. Ces ostéoses et periostéoses par avitaminose C expérimentale ont un siège épiphysaire et métaphysaire et, dans 100 pour 100 des cas, sont le lieu de fixation des

staphylocoques introduits dans la circulation par injection intra-veineuse (Takahashi).

L'avitaminose ne joue donc pas un rôle prépondérant dans la constitution d'une septicémie à staphylocoque et il n'y a pas à attendre d'action décisive d'une vitaminothérapie; mais la carence en facteurs B et C est indirectement nocive en déterminant des lésions tissulaires (musculaires, osseuses) qui appellent la localisation, puis favorisent la pullulation, *in situ*, des germes circulants. Le rôle important est joué par l'hypovitaminose locale (Leriche).

P. Grisel.

**H. Redon.** ***Crise d'œdème de Quincke viscéral simulant une appendicite aiguë*** (*Journal de Chirurgie*, t. 53, n° 3, Mars 1939, p. 360-363). — Observation bien curieuse par sa rareté et d'un grand intérêt pour la pathologie viscérale.

Un homme, dont l'âge n'est pas indiqué, se plaint, le 23 Juillet 1936, de douleurs à la fosse iliaque droite. Paroi souple, pas de vomissement, température à 37°5, pouls à 80. Le lendemain, même température, pouls à 90; les douleurs, « impressionnantes par leur violence », se répètent par crises. La palpation, quoique douloureuse, ne détermine pas de défense de la paroi et permet de sentir un boudin bien limité, vertical, répondant au cæcum.

Avec un diagnostic incertain, soit de plastron appendiculaire, soit d'invagination, laparotomie droite qui montre: « une masse d'œdème tremblotant, véritable gelée transparente assez analogue à ce que donnerait une monstrueuse infiltration souspéritonéale de substance anesthésique: le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant, sur une hauteur de 8 à 10 *cm.*, apparaissent par transparence au sein de cette masse œdémateuse, où ils sont littéralement coulés ».

L'appendice, normal d'aspect, est enlevé; l'examen histologique prouvera son intégrité.

Guérison sans incidents.

L'idée d'un œdème de Quincke, venue au cours de l'opération, est confirmée ensuite par l'interrogatoire de l'opéré qui, sujet à de fréquentes crises d'urticaire, a, la veille, mangé du poisson et des moules.

R. fait ressortir le grand intérêt de son observation. Elle prouve, par constatation directe, l'existence de ces œdèmes urticariens viscéraux dont Chevallier a décrit, avec Fr. Moutier, la localisation gastrique et prévu celle, possible, en un point quelconque du tube digestif.

Pour cette dernière, R. suggère que certaines « indigestions » pourraient n'être que son expression clinique la plus simple.

Enfin, la réalité et l'importance pathologique et chirurgicale de la localisation de cet œdème angioneurotique au poumon, au pancréas (Couvelaire) sont brièvement indiquées.

P. Grisel.

## *JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)*

**E. Chauvin** (Marseille). ***Quelques considérations sur la pathogénie du priapisme. A propos de deux cas personnels*** (*Journal d'Urologie*, t. 46, n° 3, Septembre 1938, p. 224-234). — C. publie deux intéressantes observations et discute à fond la pathogénie de cette affection.

Il conclut que le priapisme est non pas un hématome des corps caverneux, ni une oblitération des veines péniennes, mais bien une obstruction des capillaires veineux par un sang épaissi et visqueux. Des érections anormalement prolongées pathologiques (myélopathie) ou physiologiques (excès génitaux) seraient à la base de cette condensation sanguine, favorisée vraisemblablement par certains états antérieurs: leucémie ou hyperviscosité du sang.

C. incisant les albuginées des corps caverneux de ses malades en a vu en effet sortir un sang de coloration foncée, rouge noirâtre, de consistance nettement épaissie, sirupeuse, mais rigoureusement homogène et fluide. Aucune trace de caillots. Conservé dans des tubes, ce sang demeure incoagulable et l'adjonction de sang normal en petite quantité n'a pas davantage provoqué la coagulation; il ne contenait par conséquent pas de fibrinogène. Il s'agissait simplement d'un sang concentré beaucoup plus riche qu'un sang normal en éléments figurés, mais dont la formule cytologique était banale.

Des deux malades opérés, l'un, dont les corps caverneux contenaient beaucoup de ce sang épaissi, n'a jamais retrouvé l'érection; l'autre, dont le corps caverneux ne contenait que peu de ce sang épaissi, a retrouvé ses érections au bout de 6 mois.

G. Wolfromm.

## *JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE*

**A. Delattre, H. Deherripon et J. Denis du Peage.** ***Traitement de l'acrodynie infantile par la vitamine B1*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, an. 57, n° 13, 26 Mars 1939, p. 289-293). — Quatre enfants atteints d'acrodynie ont été traités par des injections de 1 *cg.* de vitamine $B_1$ quotidiennes ou tous les deux jours, avec administration par la bouche de levure de bière fraîche. Après la troisième injection, les phénomènes douloureux ont cédé. L'insomnie est également heureusement influencée ainsi que l'anorexie. Le caractère chagrin, renfrogné de l'enfant s'améliore rapidement. Les troubles vaso-moteurs et trophiques résistent plus longtemps. Dans le premier cas, l'aspect violacé, l'état d'asphyxie froide des extrémités n'a disparu qu'après la dixième injection et la desquamation épidermique a été le dernier symptôme apparent au trentième jour du traitement.

L'enfant qui fait l'objet de la première observation, âgé de 2 ans 1/2, avait été sevré à 20 mois et alimenté depuis cette époque avec des bouillies de biscuits, des soupes de légumes, des purées de pommes de terre, de la viande trois fois par semaine et du pain. Il avait eu la coqueluche un mois avant l'apparition de l'acrodynie.

Le second sujet, âgé de 11 ans, se nourrissait surtout de pommes de terre, de farineux, de légumes verts et de compotes. Il refusait habituellement la viande.

L'action de la vitamine $B_1$ permet de se demander si l'acrodynie n'est pas une maladie par carence. Plusieurs symptômes sont analogues à ceux que l'on observe dans l'avitaminose $B_1$. L'âge de l'apparition de l'acrodynie le plus fréquent est celui où l'alimentation est surtout à base de farines, de purées et de lait conservé. L'hypothèse de l'origine avitaminosique peut donc se baser sur des arguments cliniques, étiologiques et thérapeutiques.

Robert Clément.

## *MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*

**Kausche** (Berlin). ***Etat actuel des recherches expérimentales sur les virus des plantes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 1, 6 Janvier 1939, p. 12-13). — En Allemagne, Pfaakuch et Kausche se basant sur les recherches initiales de Stanley ont réussi à isoler et à purifier les virus du tabac et de la pomme de terre.

Ils éliminent la chlorophylle, les lipoïdes et substances albuminoïdes accessoires à l'aide de chloroforme et de $CO_2$ et laissent ensuite reposer la préparation à 1° C. pendant une nuit. L'albumine persistante que l'on peut obtenir par centrifugation est vraisemblablement l'albumine labile des plantes saines. On peut l'isoler et la purifier par du sulfate d'ammoniaque, puis par dialyse.

Pour caractériser les virus au point de vue chimique colloïdal, la réaction à l'or est utilisable et permet d'identifier les virus purifiés qui fournissent des réactions coloriées typiques différentes pour le virus tabagique ou pour le virus de la solanée. Ces virus peuvent être rendus atoxiques par les rayons ultra-violets ou les rayons X. Des recherches multiples se sont efforcées de déterminer les dimensions moléculaires des virus et leurs formes.

Après purification et fixation, K. a pu colorer les virus à l'aide de l'azur éosine ou du bleu de Victoria.

Ces recherches sans applications actuelles en médecine ou en thérapeutique ont l'intérêt de fournir des méthodes utilisables en général dans l'étude des virus pathogènes.

G. Dreyfus-Sée.

**S. Reichel.** ***L'hémophilie et le syndrome de Basedow*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 2, 13 janvier 1939, p. 47-48). — L'hémophilie est considérée comme une affection incurable. L'observation publiée par R. concerne un cas d'hémophilie apparemment guérie par l'apparition d'un syndrome basedowien (durée d'observation, 9 mois).

Il s'agissait d'un malade de 40 ans atteint d'hémophilie nette, ainsi que ses deux frères, sans cependant que l'hérédité de la dyscrasie sanguine puisse être établie.

Lors de l'apparition assez brusque de signes de syndrome basedowien typique, les symptômes hémophiliques disparurent. Le traitement radiothérapique de l'hyperthyroïdie put être effectué jusqu'à régression des signes fonctionnels sans réapparition des anomalies sanguines.

Malgré la courte durée d'observation de ce cas, il permit un intérêt documentaire indiscutable. On a signalé des modifications de la coagulation sanguine chez les thyroïdiens, avec accélération de la formation du caillot chez les hypothyroïdiens, et ralentissement chez les hyperthyroïdiens. Là se trouve peut-être l'explication de la guérison apparente de l'hémophilie lors de l'apparition aiguë de l'hyperthyroïdie chez le malade de R.

Des déductions thérapeutiques peuvent en être tirées et mériteraient qu'on expérimentât le traitement thyroïdien chez ces malades.

G. Dreyfus-Sée.

**H. G. Jaedicke.** ***Règles diététiques dans le traitement de l'ostéomyélite*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 2, 13 Janvier 1939, p. 50-52). — La thérapeutique de l'ostéomyélite comporte, outre l'intervention chirurgicale, des mesures destinées à modifier le terrain et à accroître la résistance organique. Tel est le but que poursuivent les vaccins, sérums et médicaments divers proposés pour combattre cette affection.

Les essais diététiques ont surtout été tentés dans des formes prolongées, chroniques, opiniâtres, d'ostéomyélite. Chez ces sujets, on s'efforçait d'obtenir une excitation des tissus et cellules pour obtenir une construction de tissu neuf de cicatrice. L'augmentation de l'apport des vitamines est importante pour favoriser la lutte. L'importance du rétablissement de l'équilibre acido-basique doit être soulignée. C'est le but que recherchaient des traitement naturistes, des diététiques telles que le régime déchloruré de Hermannsdorfer, s'efforçant de diminuer la réserve alcaline pour favoriser la lutte contre les infections, et en particulier contre certaines formes de tuberculose.

Contre l'ostéomyélite le traitement par régime acidifiant a fourni des résultats satisfaisants. La thérapeutique qui a paru la plus efficace consistait à soumettre le malade à 4 jours de régime acidifiant et sec, puis 3 jours de régime alcalinisant riche en liquides. Les aliments ne sont pas salés et sont riches en vitamines (levure de bière, suc de fruits et de légumes, pain complet spécial).

L'acidification des 4 premiers jours est aidée par l'administration de 3 à 5 *g.* de chlorure d'ammonium, l'alcalinisation des 3 suivants par 20 *g.* par jour de bicarbonate de soude (le régime analogue à celui préconisé dans les infections urinaires est décrit en détail).

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants, mais on ne peut encore affirmer leur durée.

G. Dreyfus-Sée.

**K. Wirth** et **M. Peters.** ***Contribution à la rœntgenthérapie des mastites puerpérales précoces*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 2, 13 Janvier 1939, p. 59-61). — Les rayons X paraissent avoir peu d'action sur les infiltrations et les nodules siégeant profondément dans la glande ainsi que sur les mastites interstitielles. Ce traitement peut même dans ces cas être nocif et provoquer des nécroses tissulaires plus accentuées que celles observées habituellement lors des thérapeutiques antiphlogistiques banales.

Par contre les résultats sont plus satisfaisants si la rœntgenthérapie est employée précocement pour des mastites parenchymateuses superficielles. L'application des rayons X dès le début de la rougeur douloureuse avec chaleur locale peut faire régresser rapidement les symptômes. Mais la valeur du traitement est alors difficile à apprécier et on ne peut affirmer sa supériorité sur les méthodes thérapeutiques habituelles qui ont à leur actif nombre de résultats analogues.

Les avantages de ce traitement sur les méthodes antiphlogistiques banales ne paraissent donc pas établis.

G. Dreyfus-Sée.

**K. Koch.** ***Le traitement des intoxications oxycarbonées aiguës, graves, par la transfusion sanguine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 4, 27 Janvier 1939, p. 126-128). — A l'occasion de 2 cas cliniques, K. a étudié le traitement de l'intoxication oxycarbonée aiguë, grave. L'oxyde de carbone paraît agir en empêchant l'oxygénation. C'est pourquoi le traitement s'efforce d'activer la circulation par des saignées complétées par des inhalations oxygénées et carboxygénées.

Pour introduire plus vite et plus directement l'oxygène, la transfusion sanguine paraît un procédé actif, puisqu'elle apporte de l'hémoglobine vecteur d'oxygène.

Dans les 2 cas observés, le coma durait depuis 19 et 48 heures et cependant une guérison put être obtenue.

G. Dreyfus-Sée.

**F. Konig** (Wurzbourg). ***Traitement médical des plaies traumatiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 5, 3 Février 1939, p. 161-164). — **F. Jaeger** (Munich). ***Doit-il y avoir un traitement prophylactique du tétanos*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 5, 3 Février 1939, p. 164-168). — Dans ces 2 articles est discutée la question de la sérothérapie prophylactique du tétanos dans les plaies accidentelles.

Konig insiste sur la nécessité dans toute plaie de pratiquer un bon nettoyage avec excision et mise à plat et désinfection soignée. Dans certains cas la sérothérapie antigangréneuse peut être conseillée. La sérothérapie antitétanique doit être pratiquée dans tous les cas douteux.

En pratique civile les médecins qui ont vu de nombreux cas non traités prophylactiquement sans accidents et qui connaissent les risques des réactions sériques ont tendance à réserver l'injection prophylactique aux cas suspects. Il semble pourtant prudent d'étendre ces indications sans que cependant la non-exécution de l'injection antitoxinique puisse être considérée comme une faute professionnelle.

Jaeger conclut son travail de façon analogue. Il tient compte des circonstances de l'accident, des régions où depuis des années aucun cas de tétanos n'a été observé. Le nettoyage chirurgical de la plaie lui paraît également de première importance. Cependant toute plaie accidentelle profonde pour laquelle le nettoyage ne peut être parfaitement et totalement effectué doit faire pratiquer l'injection.

Dans ces 2 articles, destinés au médecin praticien et qui paraissent refléter l'opinion médicale officielle, aucune allusion n'est faite à la possibilité d'une prophylaxie active par vaccination antitétanique qui résoudrait nombre des problèmes discutés.

G. Dreyfus-Sée.

**K. Leonhard.** ***Le danger du coup de soleil sans chaleur excessive dans la montagne*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 5, 3 Février 1939, p. 175-176). — Plusieurs observations dont une auto-observation montrent qu'à la montagne il est possible de présenter des accidents du coup de soleil avec signes fonctionnels nets, céphalées, malaises, nausées, sans hyperthermie locale, ni générale. Dans ces cas, il ne s'agit pas d'un coup de chaleur et l'élément thermique ne paraît pas jouer de rôle, alors que les radiations solaires elles-mêmes semblent responsables des accidents. Ceux-ci apparaissent soit après une certaine latence, soit parfois après que l'exposition au soleil ait été répétée plusieurs jours de suite comme s'il se produisait une sommation des excitations. Ces accidents doivent être connus dans les milieux sportifs.

G. Dreyfus-Sée.

**N. v. Jagic** et **O. v. Zimmermann Meinzingen** (Vienne). ***Thyroïdectomie totale chez des sujets atteints d'affections cardio-vasculaires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 6, 10 Février 1939, p. 201-206 et n° 7, 17 Février, 1939, p. 245-251). — Le principe de la thyroïdectomie utilisée comme traitement des graves décompensations cardiaques a soulevé des discussions et une critique objective basée sur des faits bien observés est indispensable pour établir la valeur de cette thérapeutique.

L'une des questions préalables très importantes est celle des indications et contre-indications de la méthode. Il paraît difficile de croire que des syndromes cardiaques graves divers, ayant des physionomies cliniques très différentes, soient susceptibles de réagir également à une même thérapeutique. Cependant les résultats observés chez 11 malades atteints de décompensation de type très variable montrent que la thyroïdectomie, bien supportée par tous, détermine constamment une amélioration nette des signes subjectifs.

Mais l'étude de l'évolution ultérieure montre qu'il n'y a pas de régression réelle des symptômes objectifs et l'amélioration peu durable doit ordinairement être maintenue par le traitement cardiaque habituel. A distance, les résultats effectifs paraissent nuls, car ils ne se maintiennent que pendant peu de temps.

Chez 2 malades mitrales dont le tonus myocarditique était suffisant, on put ainsi obtenir une sédation relative, mais la reprise de la vie active fut impossible. Les autres sujets étaient atteints de sclérose coronarienne, d'hypertension essentielle, d'emphysème pulmonaire avec décompensation cardiaque et de claudication intermittente. Dans l'ensemble, les résultats ont été décevants dans tous les cas sauf lors d'angor pectoris; la thyroïdectomie chez les angineux peut fournir des résultats à rapprocher de ceux obtenus par sympathectomie, le processus d'action étant probablement analogue.

Ainsi l'expérience montre que les seules affections capables de réagir favorablement à la thérapeutique chirurgicale proposée sont celles qui comportent, à côté des lésions organiques graves, des phénomènes réflexes importants, alors que quelle que soit leur étiologie, les syndromes de décompensation chronique d'origine organique ne sont pas influencés.

La diminution du métabolisme de base, la régression de l'excitabilité psychique et végétative qui succèdent à la thyroïdectomie, expliquent son action sur les syndromes où les phénomènes réflexes jouent un rôle.

Ainsi réduite à ces indications spéciales, la thyroïdectomie subtotale, préférable à la totale, peut être utilisée efficacement.

G. Dreyfus-Sée.

**Husbschmann** (Dusseldorf). ***Atrophie jaune aiguë du foie et cirrhose hépatique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 7, 17 Février 1939, p. 241-243). — On peut considérer qu'il n'y a pas de différence essentielle entre l'atrophie jaune aiguë du foie et la cirrhose atrophique hépatique. Dans le premier cas les lésions surviennent avec acuité et aboutissent vite à une destruction totale du tissu noble du foie; dans le deuxième cas ces altérations se font lentement de façon latente avec parfois des poussées plus actives, de telle sorte que le processus ne se complète qu'en plusieurs années.

Des conséquences thérapeutiques peuvent être déduites de ces considérations qui ne sont pas purement théoriques.

G. Dreyfus-Sée.

**F. Vilasco Montes** (Santiago du Chili). ***Le diagnostic hématologique de la lymphogranulomatose (Syndrome de Hodgkin)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 7, 17 Février 1939, p. 255-258]. — L'adénogramme présente une grande valeur diagnostique dans le syndrome de Hodgkin. En général l'aspect des ganglions est caractérisé au cours de cette affection par un polymorphisme cellulaire et la présence de cellules endothéliales particulièrement nombreuses constituant les premiers stades des cellules de Sternberg. Ces cellules polymorphes et ces cellules endothéliales auraient la même valeur diagnostique que la cellule de Sternberg elle-même.

On a tenté selon la prédominance de tel ou tel type cellulaire de distinguer des formes différentes, mais en réalité il s'agit là d'une distinction artificielle, ces formules correspondant aux variantes normales du polymorphisme cellulaire.

La ponction glandulaire a le grand avantage d'être facilement acceptée par le malade qui hésite à laisser faire une biopsie; elle permet de renouveler les examens aussi souvent que cela est nécessaire sans faire courir le risque d'une réactivation locale que provoque parfois la biopsie. Le seul inconvénient est la difficulté de lecture qui exige l'intervention d'un hématologiste expérimenté. Les difficultés sont particulièrement grandes si les ganglions ont subi un traitement radiothérapique.

En tenant compte de ces objections, la ponction ganglionnaire demeure néanmoins un précieux élément de diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

### DIE MEDIZINISCHE WELT
### (Berlin)

**Rudolf Engel.** *Sprue et carence de vitamine K* (*Die medizinische Welt*, t. 13, n° 4, 28 Janvier 1939, p. 120-122). — Dans la sprue on observe des symptômes qui relèvent d'avitaminoses diverses, comme l'héméralopie, la tétanie, l'ostéoporose et le scorbut ; le principe antipernicieux manque également et on peut observer une diathèse hémorragique. Cette dernière n'est cependant pas due à une carence de vitamine C. D'autre part, l'occlusion expérimentale des voies biliaires détermine une diathèse hémorragique qui doit être attribuée à la carence d'un facteur liposoluble, le facteur K,

qui n'est résorbé par la paroi intestinale qu'en présence de bile. En pareil cas, la prothrombine préformée est insuffisante. Quand elle tombe au-dessous de 20 pour 100 de la normale, il apparaît des hémorragies. Les pertes de sang dues à une opération peuvent faire tomber cette proportion au-dessous du seuil et entraîner par ce mécanisme des hémorragies profuses. On constate un comportement analogue chez les malades atteints de spruc et en cas de carence de vitamine K. Cette vitamine, qui a été étudiée par Dam, de Copenhague, et par Almquist, en Californie, se rencontre dans les choux, les épinards, les tomates, dans les graines d'arachides et surtout dans la farine de poisson. En épuisant cette farine par de l'éther, on la débarrasse de l'huile préformée et, après dessiccation, on la mélange à de l'eau et on la soumet à la putréfaction, puis on épuise de nouveau par l'éther de pétrole et on distille. On obtient ainsi 2 à 4 mg. de substance active pour 1 kg, de poisson. Les essais se font sur des poussins qu'on soumet à un régime d'Almquist dépourvu de vitamine K et, au bout de deux à trois semaines, il apparaît 4 fois sur 5 une diathèse hémorragique. L'adjonction de 20 mg. d'extrait riche en vitamine K par kilogramme d'aliments prévient toujours l'apparition de la diathèse hémorragique qui, autrement, se manifeste déjà au bout de 15 jours.

Il a été possible, d'après Dam, en utilisant comme matière première des arachides, d'obtenir plus facilement une préparation active par la bouche.

Dans la sprue, on a déjà soupçonné l'existence d'une carence de vitamine K, car il y aurait, dans cette maladie, prolongation du temps de saignement qui pourrait être modifié par l'administration de vitamine K. Néanmoins, chez un homme de 40 ans, observé à plusieurs reprises, présentant de l'ostéomalacie, un abdomen dilaté par le météorisme, un hémogramme analogue à celui de l'anémie pernicieuse, de la diarrhée grasse, de l'œdème malléolaire, etc., on a essayé un traitement consistant à favoriser la tolérance et la résorption des aliments par administration de bile au moyen d'une sonde duodénale à demeure, sans grands résultats, alors que la vitamine D a eu de bons effets.

P.-E. Morhardt.

**Werner Kollath.** ***Lacunes dans la théorie de la nutrition*** (*Die medizinische Welt*, t. **13**, n° 8, 25 Février 1939, p. 255-259). — Actuellement, la théorie de la nutrition comprend l'ancienne théorie des calories modifiée par les acquisitions relatives aux besoins en sels minéraux et en vitamines. Cela revient à dire qu'à la notion de quantité s'est associée la notion de qualité. Mais, en outre, il y a lieu de tenir compte des corrélations qui existent entre vitamines, sels minéraux et hormones, ce qui amène bien souvent à préférer aux associations artificielles de vitamines, et notamment de vitamines B, les produits naturels, par exemple la levure. Les résultats obtenus par Bircher-Benner avec les crudités font penser, de plus, qu'il existe dans les végétaux des principes détruits par la cuisson et non identiques aux vitamines.

K. a mis en évidence, dans la levure et dans les céréales, l'existence de facteurs thermo-résistants sans lesquels la croissance et le remplacement des cellules ne se fait pas et qui doivent être présents pour que la carence de vitamines liposolubles se manifeste.

Nous ne connaissons pas non plus le point d'attaque des vitamines. Il est probable qu'elles font sentir leurs effets avant d'arriver à l'intérieur de la cellule où, cependant, elles exercent leur activité principale.

La leucocytose qui survient après ingestion d'aliments cuits n'est pas constante. Elle peut survenir chez le chien sous l'influence d'un repas simulé. Cette leucocytose traduit, en somme, une stimulation alors que les aliments crus agissent comme des calmants puisqu'ils n'augmentent pas le nombre des globules blancs. Les principes qui agissent dans les aliments cuits sont vraisemblablement des essences éthérées et aromatiques. Les régimes de fruits collaborent, par les ferments qu'ils contiennent, avec certains processus d'oxydation et d'autolyse qui se passent dans l'intestin. Ces effets des crudités se font sentir chez l'homme sain. Les fruits peuvent, en effet, faire disparaître la constipation, surtout s'ils sont consommés avant le potage chaud.

Mais il y a encore des recherches à faire pour trouver des applications de ces notions qui conduisent à considérer chaque aliment comme un tout qu'on ne doit pas modifier par des méthodes de conservation ou de préparation. L'hygiène doit viser, en particulier, à rendre possible une alimentation normale même quand le climat est défavorable.

P.-E. Morhardt.

### BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

Paraskeras (Athènes). ***La blessure de la voie biliaire ou pancréatique au cours de la résection de l'ulcère duodénal*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **168**, n° 3, Octobre 1938, p. 350-359). — Dans cet article qui provient de la clinique de Makkas, P. nous montre une fois de plus le danger que l'on fait parfois courir aux malades en voulant à tout prix pratiquer l'exérèse de certains ulcères du duodénum à type calleux et étendus vers la droite. Alors que la résection pour exclusion, comme l'a préconisée Finsterer, permet justement d'éviter de pareils accidents, l'exérèse au contraire peut entraîner la blessure du canal cholédoque ou du canal pancréatique. Comme le fait remarquer P., il y a des cas dans lesquels le chirurgien croit pouvoir pratiquer une exérèse et ce n'est qu'au cours de l'intervention qu'il se rend compte de difficultés opératoires plus grandes qu'il ne pouvait le croire. Ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises, c'est la raison pour laquelle il faut bien inspecter la région avant de se lancer dans une exérèse d'ulcère duodénal.

Sur 800 gastrectomies pratiquées à la clinique de Makkas on a eu à déplorer 4 cas de blessure de la voie biliaire ou pancréatique.

Dans 2 cas, la lésion du canal pancréatique est passée inaperçue lors de l'intervention et ces 2 malades sont morts.

I. Lors de la gastrectomie, type Polya-Reichel, on se rend compte que le cholédoque a été blessé et après l'avoir lié on pratique une anastomose cholécysto-jéjunale. Dans les jours suivants, apparaît un abcès sous-phrénique et le malade meurt. L'autopsie montre qu'il existait également une blessure du canal pancréatique passée inaperçue lors de la gastrectomie.

II. Après une gastrectomie type Reichel-Polya, apparaît une péritonite aiguë. Réintervention vingt heures après; lésions hémorragique et pancréatique dans l'abdomen; tamponnement; mort au bout de dix heures. Autopsie: blessure du canal pancréatique.

Dans 2 autres cas, au contraire, où la blessure a été reconnue à l'intervention et trouvée, les blessés ont guéri.

III. Femme de 45 ans présentant un ulcère pyloro-duodénal adhérent à la vésicule et calleux en arrière. Au cours de la libération on ouvre un canal qui conduit dans le pancréas et un deuxième orifice à côté qui est l'abouchement du cholédoque: on place par voie intraduodénale un fragment de sonde urétérale dans chaque orifice sur une longueur de 5 cm., puis on suture le duodénum et on fait une greffe épiploïque. Drainage. Guérison qui se maintient depuis 6 ans.

IV. Homme de 43 ans, présentant un ulcus duodénal adhérent aux voies biliaires; au cours de la revision on se rend compte que le canal cholédoque et le canal pancréatique ont été blessés; on met un petit drain dans le cholédoque et un fragment de sonde urétérale dans le canal pancréatique. Drainage. Guérison.

Après l'exposé de ces 4 observations l'auteur passe en revue les autres cas publiés de blessures de la voie biliaire ou pancréatique avec les divers procédés employés pour remédier à cet accident opératoire.

J. Sénèque.

### REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

**J. Van de Velde.** ***Contribution à l'étude de la thyroïde. Première note : Les effets du traitement par les sérums antithyroïdiens*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **11**, n° 1, Janvier 1939, p. 20-34). — Dans 81 cas d'hyperthyroïdie, le traitement antithyroïdien suffisamment prolongé a donné, dans l'ensemble, des résultats satisfaisants. Les observations pouvaient se classer d'après l'intensité de l'augmentation du métabolisme de base : 5 cas où l'augmentation était inférieure à 10 pour 100; 8 où elle était de 11 à 20 pour 100; 20, de 21 à 30 pour 100; 13, de 31 à 40 pour 100; 10, de 41 à 50 pour 100; 13, de 51 à 60 pour 100; 4, de 61 à 70 pour 100; 2, de 71 à 80 pour 100; 2, de 81 à 90 pour 100; 1, de 91 à 100 pour 100; 3 fois elle était supérieure à 100 pour 100.

L'amélioration de la maladie peut se manifester de trois façons, séparément ou simultanément : diminution du métabolisme de base, augmentation du poids, amélioration clinique objective et surtout subjective du patient.

L'amélioration clinique a été obtenue dans 90,3 pour 100 des cas, 2,4 pour 100 restaient dans le *statu quo;* chez 7,3 pour 100, il y eut aggravation des signes cliniques.

Le métabolisme de base diminua dans 70,2 pour 100 des cas; dans 10,8 pour 100, il ne fut pas modifié, et dans 19 pour 100 des cas il y eut augmentation. Le poids, augmenté chez 82,4 pour 100 des sujets, diminua chez 8,1 pour 100; il resta stationnaire dans 9,5 pour 100 des cas.

Le traitement est de longue durée et souvent les malades perdent patience. Pourtant, après 3 à 4 semaines de traitement consciencieux, l'état général peut déjà être amélioré. Ce n'est le plus souvent qu'après 3 à 6 mois et même davantage que le métabolisme de base diminue. Le traitement doit être poursuivi de façon régulière. Beaucoup d'échecs sont imputables à l'insuffisance des doses.

Le sérum d'animaux éthyroïdés possède des propriétés antithyroïdiennes, mais l'action antithyroïdienne existe également dans le sang normal. On peut distinguer plusieurs substances antithyroïdiennes dans le sang des animaux thyroïdectomisés; l'une est une hormone thymique, les autres sont encore d'origine inconnue.

Robert Clément.

### THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

**R. L. Levy, H. G. Bruenn** et **N. G. Russel.** ***L'usage des modifications électrocardiographiques causées par l'anoxémie provoquée pour juger de l'insuffisance coronarienne*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **197**, n° 2, Février 1939, p. 241-247). — On sait que le défaut d'oxygénation du cœur entraîne des modifications de l'électrocardiogramme, mais il est assez difficile de les interpréter, vu qu'elles se produisent à un degré variable chez des sujets ne présentant pas de signes d'affection cardiaque. Aussi L., B. et R.

ont-ils cherché à établir la démarcation entre la variation normale et la réponse pathologique.

Ils ont utilisé un appareillage qui permet de faire respirer au sujet un mélange de 10 volumes d'oxygène et de 90 volumes d'azote, le débit correspondant au taux normal de la respiration et le mélange rejeté par l'expiration n'étant pas respiré de nouveau. Ils ont analysé les modifications de l'électrocardiogramme consécutives à cette anoxémie provoquée chez 105 personnes, 66 normales, 23 atteintes d'affection des coronaires, 11 suspectes d'affection coronarienne et 5 présentant une anémie grave.

Ils concluent de leurs examens : 1° qu'une modification dans le niveau de la jonction RS-T dépassant 1 *mm.* dans toutes les dérivations est anormale, même quand elle ne s'accompagne pas de changements de l'onde T. Son importance s'accroît quand elle s'associe à une inversion partielle ou complète de T en dérivation I ou IV; 2° l'inversion partielle ou complète de T en dérivation I est anormale quand elle s'associe à un déplacement de la jonction RS-T dans cette dérivation; un tel déplacement peut ne pas dépasser 0 *mm.* 5; 3° l'inversion complète de T en dérivation IV est toujours anormale; 4° l'inversion partielle de T en dérivation IV, même aussi faible que 0 *mm.* 5, associée à un déplacement de la jonction RS-T dans cette dérivation, est anormale. Ces modifications ont été relevées chez tous les patients présentant des signes cliniques d'insuffisance coronarienne. Des changements analogues ont été trouvés chez des anémiques graves non cardiaques.

Jamais il n'a été constaté d'effets fâcheux de l'anoxémie; quelques incidents (ébauche de crise d'œdème pulmonaire) indiquent cependant que cette épreuve ne doit pas être renouvelée dans la même journée et qu'elle ne doit pas être pratiquée chez les sujets en état d'hyposystolie.

L., B. et R. estiment que les modifications de l'électrocardiogramme dues à l'anoxémie provoquée peuvent être utilisées comme test clinique de l'insuffisance circulatoire coronarienne, manifeste ou latente. Cette épreuve permet d'apprécier la valeur de la « réserve coronarienne ». Elle est précieuse pour différencier la douleur d'origine coronarienne des douleurs thoraciques et abdominales d'autre cause.

P.-L. Marie.

### THE LANCET
### (Londres)

**C. Friderichsen.** ***Tétanie chez le nourrisson d'une mère ayant une ostéite fibreuse latente*** (*The Lancet*, n° 6020, 14 Janvier 1939, p. 85-87). — F. rapporte un cas anormal de tétanie survenue chez un nourrisson. En examinant la mère, on la trouva atteinte d'une ostéite fibreuse latente. La guérison fut obtenue par l'ablation d'un adénome parathyroïdien. Les examens montrèrent que l'hypocalcémie de l'enfant était due à l'hypercalcémie de la mère. Il est probable qu'étant donné l'abondance des hormones parathyroïdiennes maternelles, les parathyroïdes de l'enfant ne s'étaient pas développées normalement *in utero*, et que cette inhibition avait continué après la naissance aussi longtemps que l'enfant avait été nourri avec le lait de la mère. Mais après le sevrage, les parathyroïdes de l'enfant se développèrent et se mirent à fonctionner. Les symptômes de tétanie n'apparurent que quand l'enfant fut au régime mixte, à cause sans doute de la grande quantité de phosphore contenue dans le lait de vache, qui joue comme on le sait un rôle important dans l'équilibre calcique.

André Plichet.

**C. Wilson et F. B. Byrom.** ***Les troubles rénaux dans l'hypertension maligne*** (*The Lancet*, n° 6021, 21 Janvier 1939, p. 136-140). — Dans l'hypertension créée chez des rats par obstruction partielle d'une artère rénale, on trouve des lésions histologiques dans le rein opposé qui paraissent identiques aux lésions produites par l'hypertension maligne chez l'homme. Ces lésions sont dues à l'effort vasculaire imposé par une hypertension rapidement développée. L'insuffisance rénale ne joue apparemment aucun rôle dans leur origine.

Ces expériences confirment l'hypothèse que l'hypertension maligne est une forme de l'hypertension essentielle dans laquelle les lésions rénales ne sont qu'une manifestation secondaire.

Chez les rats hypertendus, la présence de ces lésions est fréquemment associée à un syndrome clinique consistant en faiblesse, convulsions et coma sans rétention uréique et qui est supprimé par excision du rein ischémié.

La ressemblance, à la fois clinique et histologique, qui caractérise souvent la terminaison de ces différentes formes de maladie de Bright, constitue un cercle vicieux dans lequel l'hypertension produit des lésions vasculaires rénales; celles-ci, en réduisant encore le passage du sang dans les reins, aggravent l'hypertension et amènent rapidement une destruction progressive du rein et une insuffisance fonctionnelle.

André Plichet.

**W. Cramer et E. S. Horning.** ***Les rapports hormonaux entre l'ovaire et la surrénale*** (*The Lancet*, n° 6022, 28 Janvier 1939, p. 192-197). — Ces recherches ont donné trois résultats nets :

1° La surrénalectomie est suivie de changements dans le thymus, l'hypophyse et les glandes mammaires qui sont le contraire de ceux produits par l'œstrinisation.

2° L'œstrinisation rend les souris résistantes à la surrénalectomie comme le prouve leur survie.

3° La surrénalectomie rend les souris résistantes aux effets physiologiques de l'hormone œstrogénique de l'ovaire. En l'absence de tissu cortical accessoire, elle diminue ou empêche l'arrêt de croissance, la perte de poids, l'atrophie du thymus et des testicules, les changements dans le lobe antérieur de l'hypophyse et dans l'activité hyperplasique et sécrétoire de la glande mammaire. En produisant cette résistance à l'œstrinisation, l'absence de fonction hormonale de la surrénale a le même effet que celui produit, autrefois, par l'administration répétée et constante de l'antagoniste physiologique de l'hormone œstrogénique de l'ovaire, c'est-à-dire l'hormone thyrotropique du lobe antérieur de l'hypophyse.

Ces trois résultats sont en relation les uns avec les autres. Ils ont amené C. et H. à conclure que la surrénale possède des fonctions hormonales qui sont synergiques des fonctions œstrogéniques de l'ovaire. Cette conception est en accord avec les proches rapports embryologiques entre ces deux glandes et avec les découvertes récentes montrant que les hormones œstrogéniques existent dans le cortex surrénal.

Cette synergie ne veut pas dire que les activités hormonales de l'ovaire et de la surrénale se superposent simplement. Il y a deux possibilités : ou bien l'hormone œstrogénique de l'ovaire nécessite pour son activité une transformation préliminaire de la surrénale; ou bien, elle a besoin de la présence simultanée de l'hormone synergique surrénale.

L'effet pathologique produit par l'application prolongée de l'hormone œstrogénique de l'ovaire, c'est-à-dire le cancer mammaire, peut aussi être affaibli par l'absence de l'activité hormonale de la surrénale. Il s'ensuit donc que la surrénale possède des fonctions hormonales qui jouent un rôle dans l'étiologie du cancer mammaire. Cette action est prouvée par le fait que l'ovariotomie pratiquée chez des souris femelles appartenant à une race chez laquelle se développe facilement le cancer mammaire retarde mais ne supprime pas le développement de ce cancer (Lathrop et Loeb 1916; Loeb, 1919), à moins qu'elle n'ait été faite immédiatement après la naissance. Que cette action de l'hormone surrénale soit partielle ou aussi importante que celle de l'ovaire, ceci amène des recherches complémentaires.

André Plichet.

**J. Halbrecht.** ***Transfusion du sang avec le sang placentaire*** (*The Lancet*, n° 6022, 28 Janvier 1939, p. 202-203). — Outre que cette source est toujours en activité, elle est moins coûteuse que celle des donneurs professionnels et plus abondante que celle fournie par les cadavres, tout au moins dans les pays civilisés. De plus dans les pays où sévit la malaria à l'état endémique, elle met pratiquement à l'abri de la transmission de cette maladie puisque le placenta constitue un filtre pour l'hématozoaire.

La récolte est simple. Il suffit de recueillir le sang s'échappant du cordon maternel dans un récipient stérile contenant une solution de citrate de soude. Il n'est pas besoin de prendre des solutions plus complexes puisqu'elles ne peuvent pas davantage empêcher la légère hémolyse, d'ailleurs sans danger, qui se produit dans les premières 48 heures.

On recueille ainsi 50 à 60 $cm^3$ de sang avec un maximum de 160 $cm^3$. On peut garder ce sang dans un réfrigérateur pendant 14 jours. Naturellement, on s'abstient de recueillir le sang de femmes fébricitantes ou syphilitiques. Aussitôt le sang recueilli, on détermine soigneusement son groupe avec d'autant plus de rigueur qu'il faudra souvent mélanger plusieurs sangs pour faire une transfusion suffisante.

H. a fait 116 transfusions avec le sang provenant de 520 placentas sans avoir plus d'incidents qu'avec le sang d'une autre source.

André Plichet.

**K. Robson et J. W. Todd.** ***Ostéite fibrokystique avec pigmentation cutanée et dysfonction endocrine*** (*The Lancet*, n° 6025, 18 Février 1939, p. 377-379). — En 1937, Albright et ses collaborateurs ont décrit un syndrome observé chez 6 sujets, caractérisé par une ostéite fibreuse disséminée avec pigmentation cutanée en aires et trouble endocrinien, consistant chez les filles en une puberté précoce. Cette ostéite fibreuse ne s'accompagne pas de tumeur de la parathyroïde. Chez l'homme, dont ils observèrent 4 cas, puis plus tard deux autres, la puberté précoce ne s'observe pas.

Les lésions osseuses datent de l'enfance et sont disséminées irrégulièrement sur tous les os. Sur les radiographies, on voit nettement des zones opaques et des zones décalcifiées, facteurs de fractures secondaires.

La pigmentation se présente sous forme de nappes brunâtres, prédominant au dos et du côté des lésions osseuses.

Les troubles endocriniens consistent en une puberté précoce, chez les filles, avec apparition des caractères sexuels secondaires.

La calcémie et la phosphatase sont généralement normales.

R. et T. rapportent un nouveau cas, chez une femme de 33 ans. A l'âge de 6 ans, la menstruation apparut ainsi que les poils du pubis. A cette date, apparut également une déformation de la cuisse gauche, puis plus tard des fractures spontanées du fémur et de l'humérus gauches. A l'examen, on remarquait, outre les déformations du squelette, une pigmentation brune sur la partie inférieure du dos, strictement unilatérale. La calcémie et la phosphatase étaient normales. L'exploration de la région cervicale ne permit pas de découvrir une tumeur des parathyroïdes.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la présence d'une paralysie faciale bilatérale, ce qui viendrait à l'appui de l'hypothèse d'Albright reconnaissant comme cause de ce syndrome une lésion nerveuse disséminée.

André Plichet.

**A. L. Agranat, A. O. Dreosti** et **D. Ordman.** ***Le traitement de la pneumonie par la 2-aminobenzènesulphonamido pyridine (M. et B. 693)*** [*The Lancet*, n° 6024, 11 Février 1939, p. 309-316 et n° 6025, 18 Février 1939, p. 380-384]. — Ces deux articles donnent les résultats du traitement de la pneumonie par le 693, entrepris sur une vaste échelle, en Afrique du Sud, dans la région de Johannesburg.

Les malades peuvent être classés en plusieurs catégories : les Européens, anglo-saxons pour la plupart, chez qui la pneumonie est une affection sérieuse; les indigènes non mineurs, chez qui la pneumonie est encore plus grave; les indigènes employés aux mines d'or qui sont sélectionnés, suivis attentivement par l'organisation médicale de la mine et souvent vaccinés contre la pneumonie.

Chez les mineurs, il n'y eut pas de différence entre les cas traités par les moyens habituels et ceux traités par le 693. Mais chez ces derniers, on remarqua que la température et la leucocytose revinrent rapidement à la normale et que d'une façon générale le temps de séjour à l'hôpital fut notablement raccourci.

Chez les indigènes et les Européens non mineurs, la mortalité fut considérablement réduite et la durée de la maladie abrégée.

En général, le traitement fut très bien supporté, à part quelques vomissements sans gravité. Un seul cas d'agranulocytose, qui guérit, fut observé.

André Plichet.

**I. H. Maclean, K. B. Rogers** et **A. Flemming.** ***693 et pneumocoques*** (*The Lancet*, n° 6028, 11 Mars 1939, p. 562-568). — On décrit ici une méthode grâce à laquelle la sensibilité d'un microbe au 693 peut être mesurée *in vitro*. Par cette méthode, on a trouvé que la sensibilité des pneumocoques à ce produit varie et ne dépend pas du type du pneumocoque mais de l'échantillon.

Les expériences faites chez les souris confirment les résultats obtenus *in vitro*.

L'application de ce test à l'homme permet de faire des prévisions sur l'efficacité du 693 dans une pneumonie. Si le pneumocoque est modérément sensible, il faudra adjoindre au 693 une autre médication, sérothérapie ou vaccinothérapie: si le pneumocoque est résistant au 693, il n'y a pas de raison de persister dans cette médication qui ne pourra être efficace qu'au prix d'une concentration toxique pour l'organisme.

D'autre part, le vaccin pneumococcique change profondément l'évolution d'une infection pneumococcique expérimentale traitée par le 693.

Le pneumocoque, expérimentalement chez l'animal, peut devenir résistant au 693. Il faut donc donner d'emblée de fortes doses et élever l'immunité de l'organisme par tous les moyens, actifs ou passifs, spécifiques ou non spécifiques, pour que la destruction du pneumocoque soit achevée avant que ne s'établisse la résistance au médicament.

André Plichet.

## *NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*

### *(Amsterdam)*

**J. Van Baalen** et **M. P. Vroon.** ***Altérations psychiques dans l'anémie pernicieuse*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 3, 21 Janvier 1939, p. 270-276). — Après les pertes de sang très importantes, on constate des troubles psychiques constitués par de la somnolence, de la confusion mentale, de l'angoisse, de la céphalée, etc. Des troubles psychiques apparaissent également dans les maladies du sang. Le fait a été constaté notamment dans la chlorose où il survient parfois de l'irritabilité, de la lassitude et de la somnolence; la polyglobulie s'accompagne de psychasthénie, de tendance à la dépression et à l'hypocondrie et à des paresthésies nombreuses; des troubles divers ont également été notés dans la leucémie, dans l'hémophilie et enfin dans l'anémie pernicieuse.

Dans un cas observé par B. et V. il s'agit d'une femme de 55 ans présentant un syndrome paranoïde avec anxiété et dépression. Au point de vue somatique on n'a constaté rien de particulier en dehors des anomalies sanguines: hémoglobine 65 pour 100, globules rouges 2,9 millions, index colorimétrique 1,4; anisocytose, poïkilocytose, polychromasie, normoblastes, mégalocytose avec réaction de l'urobiline fortement positive dans l'urine. Il s'agissait donc d'une anémie pernicieuse caractérisée qui fut traitée par les méthodes usuelles. L'état du sang s'améliora assez rapidement mais l'état psychique persista plus longtemps. Au bout de six mois pourtant la guérison était complète.

Dans un deuxième cas concernant une femme de 53 ans, il y avait dépression avec obsession, idées de suicide, anxiété, agitation, etc. Au point de vue somatique on constate une langue de Hunter, de l'œdème malléolaire, un index colorimétrique de 1,53, une anisocytose et une poïkilocytose marquées. Le traitement eut une influence rapide sur le sang mais au point de vue psychique des troubles persistèrent, notamment des troubles de la mémoire.

Dans un troisième cas, il s'agit d'une femme de 53 ans, qui présentait également les signes caractéristiques d'anémie pernicieuse et, au point de vue psychique, de l'hypomanie et même une forte tendance à la cleptomanie.

Au point de vue pathogénie, on pourrait admettre que la nuisance qui entraîne les modifications du sang et les troubles funiculaires s'attaque aussi au cerveau. Au point de vue thérapeutique, on doit recourir à un traitement hépatique intense associé à la vitamine B.

P.-E. Morhardt.

## *MEDYCYNA*

### *(Varsovie)*

**J. Flaks** et **A. Ber.** ***L'action antigonadotrope de l'urine des sujets cancéreux. Essai d'une méthode de diagnostic du cancer*** (*Medycyna*, n° 2, 21 Janvier 1939, p. 51-55). — Ce mémoire vient à la suite de trois autres, où F. et B. ont démontré que les souris atteintes d'un sarcome d'Ehrlich ne présentent pas de réaction habituelle au niveau des organes sexuels, après l'introduction de l'hormone gonadotrope. Le néoplasme se développant dans l'organisme de l'animal freine l'action folliculinique (facteur anti-A) et l'action lutéinique (facteur anti-B) de l'hormone gonadotrope.

Essayant de mettre en évidence la présence des principes antigonadotropes dans les urines des sujets cancéreux, F. et B. ont établi que ces urines ne contiennent généralement que le facteur anti-A.

La technique de la réaction est la suivante: à 4 souris femelles impubères on injecte durant 3 jours, 3 fois par jour, 0 $cm^3$ 2 de l'extrait alcoolique d'urine. Le 4e et le 5e jour les animaux reçoivent une double injection d'un extrait d'urine et de prolan. Le 6e jour on n'injecte que l'hormone gonadotrope. Le 7e et le 8e jour on fait le frottis vaginal pour déterminer l'apparition des phénomènes locaux correspondant au rut expérimental. Les souris qui ont reçu l'injection de l'extrait d'urines des sujets cancéreux ne présentent généralement pas les phénomènes du test d'Allen et Doisy, qui existent toujours chez les animaux témoins.

F. et B. ont poursuivi leurs recherches sur 112 échantillons d'urines, dont 63 provenaient de sujets atteints de cancer. Les résultats ont montré que 81 pour 100 des urines des cancéreux ont une action anti-A manifeste. Les extraits d'urines des sujets normaux n'ont pas montré cette action. Par contre, sur 29 urines provenant de malades atteints d'affections non cancéreuses, 21 pour 100 contenaient le principe anti-A. Ce pourcentage s'est montré encore plus élevé chez les sujets atteints de maladies des reins et des glandes génitales.

L. Chwatt.

**E. Borkowski.** ***Contribution au traitement de la tuberculose cutanée par le rubrophène*** (*Medycyna*, n° 2, 21 Janvier 1939, p. 55-62). — L'action thérapeutique du rubrophène, qui est un colorant basique (triméthoxydioxy-oxotritan), administré par voie buccale, a été expérimentée sur 17 malades atteints de différentes formes de tuberculose de la peau (sarcoïdes, gomme tbc, ulcère tbc, lupus). Ce traitement poursuivi durant 3 mois et même plus a donné des résultats très encourageants non seulement du point de vue de l'action locale mais également quant à l'action générale. Les gommes tuberculeuses semblent surtout bénéficier de la thérapeutique par le rubrophène.

L. Chwatt.

**J. Babecki** (Varsovie). ***L'émigration et les colonies au point de vue de l'hygiène*** (*Medycyna*, nos 3-4, 21 Février 1939, p. 125-131). — La Pologne doit être considérée comme un pays surpeuplé, car elle compte 90 habitants par *km.* carré. La crise économique mondiale, en freinant l'industrialisation du pays, a augmenté les difficultés matérielles de ses grandes masses laborieuses. L'émigration qui, durant les trente dernières années, a porté sur 5.700.000 personnes, diminue actuellement à cause de certaines restrictions promulguées par de nombreux pays.

Il existe deux formes de l'émigration polonaise: l'émigration saisonnière de courte durée, englobant principalement les travailleurs agricoles, et l'émigration définitive dont le but est de fixer les émigrés dans les pays tels que le Brésil, l'Argentine, le Canada, la Palestine.

Autant l'émigration saisonnière paraît indésirable et même nuisible au point de vue de l'Etat, autant l'émigration définitive, bien organisée, est souhaitable, car elle contribue à l'expansion économique et culturelle de la nation polonaise. L'organisation actuelle de l'émigration polonaise vers les pays d'outre-mer a été grandement améliorée. La surveillance médicale permet d'éliminer tous les malades et les personnes qui ne pourront pas s'adapter à de nouvelles conditions de la vie.

L'émigration polonaise vers les possessions coloniales des Etats européens est nulle, à cause de la politique coloniale spéciale de ces Etats. L'étude de conditions climatiques et hygiéniques de la vie coloniale, la description des possibilités d'acclimatation des blancs permettent de se faire l'idée du progrès, réalisé dernièrement dans le domaine de la médecine coloniale et de l'hygiène des pays chauds.

Le problème de surpeuplement de la Pologne peut être envisagé aujourd'hui avec moins d'appréhension à cause de l'industrialisation rapide du pays, mais ce problème est loin d'être résolu. Il semble que, seule, l'organisation rationnelle de l'émigration polonaise vers les pays de colonisation puisse être sérieusement envisagée et qu'elle constitue le besoin essentiel et urgent de la raison d'Etat polonaise.

L. Chwatt.

## *NOWINY LEKARSKIE*

### *(Varsovie)*

**G. Kaschube.** ***Influence de l'insuline sur les vomissements incoercibles des femmes enceintes*** (*Nowiny Lekarskie*, t. **50**, fasc. 18, 18 Septembre 1938). — K. relate les résultats obtenus par le traitement des vomissements incoercibles par l'insuline associée au glucose. Depuis 1927 il a traité 22 cas. La dose généralement employée était de 10 à 20 unités d'insuline administrée 3 fois par jour. Simultanément la malade recevait en goutte à goutte rectal ou en injection sous-cutanée 500 à 1.000 *g.*

de solution de glucose à 10 pour 100. Chez 18 malades le succès fut rapide, dans 4 cas il a été nécessaire de recourir à l'interruption de la grossesse. K. attribue les vomissements incoercibles à la déficience des hydrocarbones et à l'augmentation des corps cétoniques dans le sang. L'administration du glucose apparaît ainsi comme traitement causal. L'insuline est indispensable pour réaliser l'assimilation du glucose par les cellules hépatiques. Il semblerait que ce traitement agisse en augmentant la résistance des cellules hépatiques et peut-être même intéresse-t-il d'autres organes à sécrétion interne.

FRIBOURG-BLANC.

**S. Albert.** ***Les lésions du myocarde dans les maladies aiguës et chroniques chez les enfants*** (*Nowiny Lekarskie*, t. 50, fasc. 19, 1er Octobre et fasc. 20, 15 Octobre 1938). — En conclusion d'un long travail sur les lésions du myocarde au cours des maladies aiguës et chroniques chez l'enfant, l'auteur constate que les altérations les plus fréquentes des divers états pathologiques (113 cas) sont en premier lieu la dégénérescence graisseuse, ensuite l'infiltration inflammatoire infectieuse associée à la dégénérescence graisseuse, enfin les infiltrations infectieuses sous-endocardiques ou souspéricardiques. La dégénérescence graisseuse est la première en date parmi les lésions, elle peut disparaître au cours de la maladie. L'auteur souligne l'intérêt de l'existence de petites cicatrices dans le myocarde qui peuvent exister dans le muscle cardiaque sans être accompagnées d'autres lésions concomitantes et qui dénotent l'existence d'un processus antérieur.

Dans certains cas, A. observe l'existence d'infiltrations sous-péricardiques isolées. La fragmentation est exceptionnelle. Quant à la spécificité des lésions myocardiques, il n'y a guère que la présence des tubercules dans la tuberculose et de la myolyse dans la diphtérie qui puissent être considérées comme absolues. D'une façon générale les lésions myocardiques ne sont influencées ni par l'âge ni par la nature de la maladie et ne dépendent que de sa durée. Les processus inflammatoires endo et péricardiques n'ont qu'un retentissement limité sur l'état du muscle cardiaque. En général, il n'y a pas de parallélisme entre les manifestations cliniques d'ordre cardiaque et les lésions histologiques constatées après le décès.

FRIBOURG-BLANC.

## SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

**A. Jordi.** ***Le phénomène du facial de Chvostek dans la grande enfance et chez les adolescents. Fréquence et signification. Relations avec la constitution physique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 3, 21 Janvier 1939, p 49-54). — La signification du phénomène du facial dans la grande enfance est très discutée. C'est ce qui a amené J. à procéder à l'examen, à ce point de vue, d'un grand nombre d'écoliers. Ce phénomène est recherché, à cet âge, par percussion au milieu de la ligne qui unit la commissure labiale et l'oreille, et non pas immédiatement devant l'oreille, comme on le fait chez les nourrissons. Cette percussion doit être pratiquée à plusieurs reprises et à des endroits un peu différents au voisinage du point défini. On obtient ainsi des secousses d'abord dans le domaine de la 3e branche puis dans le domaine des autres branches du facial. Cet examen ne peut se faire que quand l'enfant est très calme.

Le réflexe recherché selon cette méthode a été total (orbiculaire des paupières, front, nez, commissure labiale) 27 fois sur 100 entre 5 et 6 ans, 43 pour 100 au delà. Chez les fillettes, la fréquence aux mêmes âges est un peu plus élevée: 33,2 et 45,3 pour 100. L'ensemble des recherches a porté sur un total de 8.767 enfants.

D'autres recherches, comme celles de Owe Naglo, en Suède, confirment ces constatations, à savoir que le nombre des réponses positives augmente avec l'âge pour arriver à un maximum entre 10 et 13 ans.

Il ne semble pas, dans ces conditions, que ce phénomène du facial puisse être considéré comme l'expression d'une névropathie, sans quoi le tiers ou même la moitié des enfants de 10 à 13 ans seraient des névropathes. D'ailleurs ce phénomène a été trouvé avec une intensité maximum chez une fillette de 11 ans, chez laquelle une observation prolongée ne permit de déceler aucun signe de névropathie ou de tétanie.

Cependant, Hummel a cru constater une relation entre le phénomène du facial et une insuffisance du pouvoir de concentration. Bien qu'il ne puisse pas dresser une statistique, J. aurait une impression analogue. L'index de Brugsch ne varie pas d'une façon significative suivant que le phénomène du facial est positif ou non.

P.-E. MORHARDT.

**E. Frauchiger** et **W. Messerli.** ***Un cas de poliomyélite spontanée chez les animaux domestiques (porcs)*** (*Scheweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 4, 28 Janvier 1939, p. 74-76). — Depuis que E. Frauchiger a décrit un premier cas de poliomyélite chez les bovins, F. et M. ont recherché plus systématiquement qu'auparavant les cas de paralysie chez les animaux domestiques. Ils ont ainsi découvert entre autres qu'on avait observé au jardin zoologique de Cologne trois cas de poliomyélite spontanée du chimpanzé, cas qui ont été décrits par W. Müller et par H. Lindau. Ils ont appris, d'un autre côté, que dans un élevage de porcs, un porc de 10 mois avait présenté le 5 Juin 1938 une faiblesse frappante du train postérieur qui avait évolué vers une paralysie flasque complète, accompagnée de parésie du train antérieur. Le 6 Juin, un autre animal du même âge présenta une poussée fébrile avec perte de l'appétit puis, 48 heures plus tard, après un mieux passager, une brusque parésie du train postérieur qui évolua exactement comme chez le premier animal. Dans la moelle qui avait été prélevée et fixée, on trouva dans la substance grise du premier animal des infiltrations de neutrophiles, néoformations de névroglie diffuses ou en foyer, des infiltrations de lymphocytes avec quelques plasmazellen dans les gaines vasculaires ainsi qu'au voisinage du canal central. Chez le second animal, on constata une pulvérisation de substance de Nissl, du gonflement et de la phagocytose de certaines cellules ganglionnaires, de la néoformation de névroglie et des infiltrations de lymphocytes avec plasmazellen. Bref, on avait exactement le tableau de la poliomyélite antérieure aiguë de l'homme.

L'inoculation des produits infectieux conservés dans la glycérine fut pratiquée chez deux porcs et chez un taureau de 18 mois. Chez les porcs, à défaut d'une technique précise, l'injection intrarachidienne n'a pas pu être correctement réalisée. Chez le taureau, la technique de l'inoculation ayant pu être précisée, on constata qu'elle avait provoqué une maladie infectieuse avec tracé fébrile à deux sommets. L'examen du liquide céphalorachidien montra des signes d'inflammation avec lésions du parenchyme. L'animal fut sacrifié le 14e jour et on constata que la moelle et l'écorce cérébrale présentaient des infiltrations lymphocytaires diffuses ou périvasculaires. Il s'agissait là d'une méningoencéphalomyélite lymphocytaire. L'animal avait d'ailleurs été sacrifié après la phase aiguë de la maladie.

Il semble donc bien que, dans ces deux cas, il s'est agi de la poliomyélite telle qu'elle est observée chez l'homme.

P.-E. MORHARDT.

**A. Albrecht.** ***Les érythroblastoses chez le nouveau-né*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 7, 18 Février 1939, p. 146-149). — On englobe aujourd'hui, parmi les érythroblastoses du fœtus ou du nouveau-né, un groupe assez circonscrit d'affections, l'hydropisie fœtale universelle, l'ictère grave familial et l'anémie congénitale. Ces trois affections ont en effet des caractères communs, d'abord l'apparition de cellules myéloïdes dans le sang, puis la tuméfaction du foie et de la rate avec persistance, dans ces organes, de nombreux foyers hémopoïétiques et enfin une anémie constatable dès la naissance ou apparaissant un peu plus tard. Diverses maladies peuvent se manifester par un syndrome plus ou moins analogue et notamment la syphilis congénitale, l'ictère hémolytique familial, l'anémie infantile à forme pernicieuse, les septicémies et les hémorragies.

Les érythroblastoses sont caractérisées par la présence, dans le sang, d'un nombre anormalement élevé de globules rouges nucléés, dépassant 0,5 pour 1.000 hématies à la naissance, 0,15 le deuxième jour et 0,03 le troisième jour.

A la clinique pédiatrique de Bâle, il a été observé, en 1938, quatre cas de ce genre dont A. donne les observations.

Dans le premier cas, il s'agit d'anémie congénitale classique avec érythroblastose marquée mais participation peu importante du système myéloïde. Il n'est pas certain que le traitement pratiqué dans ce cas ait contribué appréciablement à hâter la guérison.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un syndrome qui parut, au début, être celui d'un ictère grave, relativement peu sévère; au cours d'une rechute d'ictère accompagnée d'état grave et survenue trois semaines après la naissance, on arriva à faire le diagnostic correct grâce à l'examen du sang qui doit donc être toujours pratiqué précocement.

Dans un troisième cas, également considéré comme ictère grave, il s'agissait d'érythroblastose avec diathèse hémoragique qui entraîna une hémorragie cérébrale. Là encore l'histoire du malade aurait permis de faire plus précocement le diagnostic exact.

Dans la quatrième observation, il y avait strangulation par circulaire du cordon et convulsions en même temps qu'érythroblastose.

P.-E. MORHARDT.


LYSATS VACCINS DU Dr L.DUCHON

# REVUE DES JOURNAUX

## LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

**M. Loeper, A. Varay** et **A. Brault.** ***Les lésions cutanées de l'intoxication par l'oxyde de carbone*** (*Le Progrès médical*, t. **67**, n° 12, 25 Mars 1939, p. 413-418). — Chez une femme de 52 ans, une intoxication par un poêle s'est traduite d'abord par un état voisin du coma, avec douleurs dans les membres et placards rouge violacé au niveau des mains et des pieds. Ces placards sont d'aspect ecchymotique, à contours irréguliers et recouverts de petites phlyctènes. Les pulsations artérielles au niveau du poignet et de la tibiale antérieure sont nettement perçues et nettement égales. Les pommettes et les lèvres sont cyanosées et il existe quelques taches purpuriques au niveau de l'abdomen. Les réflexes tendineux sont vifs, il existe une hyperesthésie cutanée diffuse. Ces placards se transformèrent ultérieurement en escarres noirâtres et l'intoxiquée succomba à une broncho-pneumonie à streptocoque. L'intoxication oxycarbonée fut vérifiée par le dosage du CO dans le sang (100 $cm^3$ de CO par litre de sang).

A propos de cette observation, L., V. et B. passent en revue les lésions cutanées observées dans l'intoxication oxycarbonée et la pathogénie que l'on peut invoquer pour les expliquer.

Il est probable que les escarres observées se sont développées à la faveur de lésions artérielles antérieures, mais elles ont pu être favorisées par les altérations du système nerveux central et l'imprégnation du sympathique. Elles ont été en partie localisées par la pression en certains points particuliers.

Robert Clément.

## LE MÉDECIN D'USINE (Paris)

**M. Duvoir, R. Fabre** et **F. Layani** (Paris). ***L'intoxication par le bromure de méthyle*** (*Le Médecin d'usine*, **2°** année, n° 2, Mars 1939, p. 135-148). — Se basant sur 5 observations inédites, dont 2 cas mortels, les auteurs reprennent la description classique de l'intoxication par le bromure de méthyle. La systématisation en quatre phases ne paraît pas constante. Les troubles se succèdent et s'aggravent sans discontinuité après une phase de latence où le sujet médite ses accidents, comme cela s'observe dans l'apoplexie séreuse des arséno-benzènes, avec laquelle les analogies sont nombreuses.

D'autre part, la séméiologie traduit une irritation diffuse du névraxe et plus particulièrement de l'encéphale, plutôt qu'une polynévrite sensitivo-motrice comme il est classique de l'admettre, et deux grands groupes de symptômes peuvent être distingués, le premier en rapport avec l'irritation des sphères sensorielles (céphalée, ébriété, troubles visuels, troubles du langage), le second dû à l'irritation des sphères sensitivo-motrices (crises éclamptiques, parésies ou paralysies). Lorsque la guérison survient, elle est ordinairement complète et totale.

Du point de vue anatomo-pathologique, il résulte des deux cas mortels rapportés par les auteurs que, ce qui domine, c'est l'intensité du processus congestif, en particulier au niveau du cerveau, du foie, de la rate, des reins et des poumons. Ces faits cliniques et anatomiques ont été contrôlés par l'expérimentation sur l'animal.

L'étude toxicologique des viscères de l'une des victimes a permis de déceler dans les poumons et même dans le foie la présence de bromure de méthyle cinq heures après que le sujet avait quitté l'atmosphère toxique. L'expérimentation chez le chien a pu déterminer la fixation relativement élevée du bromure dans les organes riches en lipoïdes.

Du point de vue pathogénique, les auteurs apportent une conception nouvelle de la nature des accidents. A leur avis, il s'agit d'une crise vaso-motrice portant d'ailleurs sur les centres mêmes de la vaso-motricité. Le bromure de méthyle se comporte comme un produit à affinité élective pour le système vaso-moteur, mais tous les sujets ne sont pas égaux devant l'agression nocive: les accidents ont un caractère réellement individuel, et tout se passe comme si le bromure de méthyle agissait comme un réactigène à l'égard de certains sujets plutôt que comme un toxique.

Comme conclusions thérapeutiques, D. F. et L. proposent, malgré des échecs expérimentaux, l'essai d'une drogue vaso-constrictive comme l'adrénaline ou le glutathion.

A. Feil.

## REVUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (Paris)

**J.-R. Laurens, P.-C.-L. Fort** et **G.-L. Bernier.** ***La vaccination contre le typhus exanthématique. L'expérience marocaine (1937-1938). Application en milieu militaire à Casablanca*** (*Revue du Service de Santé militaire*, t. **110**, n° 2, Février 1939, p. 157-195). — Pour lutter contre le typhus exanthématique, deux méthodes de vaccination sont à l'étude: celle avec les vaccins tués (méthode de Castaneda-Zinsser et méthode de Weigl) et celle avec les vaccins vivants. La technique de préparation du vaccin antityphique utilisée à l'Institut Pasteur de Casablanca dérive de celle de Blanc et Kaminopetros et est basée sur l'atténuation extemporanée des germes par la bile de bœuf.

Une épidémie de typhus exanthématique a sévi, en 1937, en Algérie, en Tunisie et au Maroc. Des mesures d'hygiène arrêtèrent cette poussée. Cependant, on signalait encore, au Maroc, 611 cas nouveaux en Janvier 1938, et 1.118 cas en Février 1938. Du 1er Janvier au 12 Mars 1938, il fut pratiqué, à Casablanca, 66.000 vaccinations environ et 74.000 dans la région environnante.

Sur 1.949 vaccinations pratiquées sur les troupes de la garnison de Casablanca, on a observé 24 réactions vaccinales, soit un pourcentage de 1,22 pour 100 et aucun décès. Des réactions ont varié beaucoup suivant les lots de vaccinés.

Ces essais ne permettent pas d'apporter des conclusions définitives sur l'efficacité du vaccin employé. Il est, en effet, très difficile de différencier cliniquement le typhus murin du typhus exanthématique proprement dit. Les vérifications expérimentales ont permis d'affirmer l'existence de typhus vrai chez certains vaccinés.

On peut attribuer les échecs à la conservation du virus nécessité pour faire face à de nombreuses vaccinations et surtout à l'impossibilité d'étalonner le vaccin et à l'incertitude d'obtenir toujours une virulence égale du virus au départ.

L'étude du virus des déjections de puces infectées par le virus murin permettra peut-être d'utiliser une quantité de virus strictement dosée et de conserver un vaccin vivant pendant plus de 300 jours après sa préparation. Cette vaccination a pu être faite en masse sans danger et a eu certainement un effet favorable sur l'épidémie en voie d'extension.

Robert Clément.

**B. Le Bourdellès.** ***La sérologie du paludisme. Ses techniques actuelles. Ses applications. Ses résultats*** (*Revue du Service de Santé militaire*, t. **110**, n° 2, Février 1939, p. 267-297). — Les techniques de la malariafloculation se sont, en 10 ans, beaucoup modifiées et diversifiées. Henry lui-même a progressivement perfectionné ses méthodes initiales. On utilise pour la floculation la mélanine choroïdienne ou la mélanine solubilisée par la soude ou la mélanine soluble à l'antiformine ou des mélanines artificielles. D'autres réactions se font avec des albuminates de fer ou avec un mélange mélanine et fer. Enfin, la réaction de Chorine à l'eau distillée.

La recherche de ces réactions au cours de l'impaludation montre que, constamment négatives avant l'inoculation et au début de la maladie, les réactions deviennent constamment positives. Elles le demeurent pendant un certain temps, puis s'estompent et disparaissent.

La réaction de Trensz paraît la plus étroitement spécifique, la réaction à l'eau distillée comporte quelques causes d'erreurs. Les fausses réactions dues à la syphilis et aux congestions pleuro-pulmonaires sont rares; elles sont plus fréquentes au cours des cirrhoses et des ictères.

Dans le paludisme secondaire, la séro-floculation est positive dans une proportion de 95 pour 100 des cas.

Au cours du paludisme chronique, la méthode présente un grand intérêt. Sur 36 sujets ayant fait, en zone endémique, un séjour de courte durée, mais chez lesquels l'impaludation ancienne était nettement établie par un examen hématologique positif, on trouva 33 réactions négatives, 3 positives dont 2 faiblement. Dans un deuxième groupe de malades ayant séjourné longtemps en pays d'endémie palustre et chez lesquels l'examen hématologique était devenu négatif, 23 fois sur 23, la malariafloculation fut négative. Chez 145 sujets pour lesquels il y avait présomption de paludisme, les réactions furent négatives sauf dans 4 cas.

La malariafloculation peut être utilisée comme guide thérapeutique et doit s'exercer sur une période de 18 mois à 2 ans jusqu'à ce que les réactions se maintiennent en plateau aux environs de 0.

Robert Clément.

## REVUE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE (Bordeaux)

**A. J. Bondarienko** (Saratow). ***A propos de l'influence du blocage à la novocaïne du système nerveux sur l'évolution des otites et des mastoïdites aiguës*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 9, Novembre 1938, p. 836-859). — Au cours des affections inflammatoires aiguës de l'oreille moyenne et de la mastoïde, de même qu'au cours des labyrinthites séreuses, le facteur neurotrophique constitue un des éléments étiologiques. Le blocage péri-auriculaire du système nerveux à la novocaïne, au cours des otites aiguës catarrhales, des otites aiguës purulentes et des mastoïdites aiguës, est en état d'influencer favorablement la marche du processus inflammatoire.

Dans une série de cas, le processus inflammatoire, dans l'oreille moyenne et dans la mastoïde,


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
C.O.F. 2

s'étant déjà développé et évoluant sous forme de phlegmasie séreuse ou séro-purulente, celui-ci peut être arrêté sous l'action du blocage à la novocaïne.

La guérison clinique au cours de l'application de ce traitement est enregistrée dans 92,8 pour 100 des cas d'otites aiguës catarrhales, dans 61,5 pour 100 des cas d'otites aiguës purulentes et dans 38,3 pour 100 des cas de mastoïdites aiguës.

Les processus exsudatifs inflammatoires aigus à allure courte, n'ayant pas dégénéré en suppuration, sont particulièrement bien influencés par le blocage à la novocaïne.

Dans l'immense majorité des cas, le blocage à la novocaïne atténue ou supprime intégralement les sensations douloureuses durant les vingt-quatre premières heures.

En présence d'une augmentation des leucocytes, d'une aggravation de la surdité et du tableau otoscopique, ne se modifiant pas dans l'espace des premiers jours après le blocage, s'impose la nécessité d'une intervention chirurgicale sur l'oreille.

J. Leroux-Robert.

### ARCHIVES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET SOCIALE DE LILLE

**G. Lepointe** (Lille). ***La répression du refus de porter secours*** (*Archives de l'Institut de Médecine légale et Médecine sociale de Lille*, n° 3, 1938, p. 54-73). — Le fait, pour une personne, d'être témoin d'un grave dommage subi par une autre personne, par accident ou par machination criminelle, sans que ce témoin fasse le moindre geste ou la moindre tentative pour essayer d'empêcher le dommage, constitue indéniablement une faute morale plus ou moins lourde selon les circonstances; mais en dehors du domaine moral, il n'y a pas faute pénale à la charge de ce témoin passif que la société puisse réprimer. La personne qui voit quelqu'un se noyer et qui assiste, indifférente aux efforts de la victime pour se sauver, sans lui tendre une corde, peut être blâmable au point de vue moral, elle peut être lâche, mais elle est irréprochable devant la loi. La doctrine classique française estime, en effet, que, pour qu'il y ait culpabilité ou complicité criminelle, il est nécessaire de prouver l'intention criminelle d'amener la mort ou le dommage; or, cette preuve est très difficile, en cas d'abstention, car celle-ci n'est d'ordinaire que le signe d'une simple négligence.

Le nouveau Code pénal français soumis au Parlement contient un article 251 qui impose l'obligation de porter secours à la victime d'un crime ou même d'un accident mettant la vie en péril. Cette sanction d'un délit d'omission ou d'abstention est une innovation importante dans notre droit, et le problème posé par cet article mérite de retenir l'attention des médecins. Ainsi le médecin, qui passe indifférent sur la voie publique sans donner ses soins à un accidenté ou à un malade subit, pourrait être poursuivi en vertu de cet article; il en est de même, d'autre part, de celui qui abandonne et laisse sans soins son malade, son client; le chirurgien qui s'abstient d'intervenir alors que l'opération est nécessaire ne tomberait-il pas sous le coup de cet article? On peut entrevoir de beaux procès sur l'interprétation du texte s'il s'agit d'une opération utile sans être d'urgence absolue. Le médecin, en somme, serait tenu d'une véritable obligation de donner ses soins et d'agir.

A force de s'en tenir au terrain juridique dans une profession qui requiert, plus qu'une autre, des qualités professionnelles et extra-juridiques, si l'on peut dire, telles que confiance, estime, dévouement, générosité de cœur, ne craint-on pas de réduire les rapports entre médecins et clients à des rapports de contrat formaliste qui développent chicane et revendications? Ni les médecins ni les malades ne gagneront à cette transformation.

A. Feil.

**E. Bertin.** ***L'orientation de la lutte antivénérienne et le rôle du médecin*** (*Archives de l'Institut de Médecine légale et sociale de Lille*, n° 3, 1938, p. 130-145). — Pour réaliser une prophylaxie efficace, individuelle et sociale de la syphilis, il ne suffit pas d'être bien organisé pour agir, il faut aussi agir à temps, c'est-à-dire dépister précocement la syphilis partout où elle se trouve. Aujourd'hui encore, trop de malades ne se soignent pas ou se soignent trop tard, quand ils sont atteints d'accidents viscéraux incurables et quand ils ont semé l'infection autour d'eux. La raison de cette défectuosité des soins c'est que la syphilis reste la maladie sournoise qui s'installe sans bruit dans l'organisme et qui n'attire l'attention que beaucoup trop tard.

Le dépistage de la syphilis en clientèle de ville doit être fait d'abord par le médecin de famille, lorsqu'il a pu conserver le rôle, malheureusement de plus en plus rare, de conseiller et de confident. Les clients sont instables, changeant de médecin au hasard de leurs déménagements ou de leurs caprices; souvent aussi ils veulent cacher une faute de jeunesse à un médecin qu'ils connaissent. Ils préfèrent demander au dispensaire la gratuité des soins, quand ce n'est pas à une clinique charlatanesque.

Le praticien peut aider grandement à la surveillance de la prostitution, cette source principale de contagion. Il lui suffirait, dans chaque cas de contamination récente, d'envoyer au service compétent une fiche très succincte, ne portant pas bien entendu le nom du malade, mais seulement les renseignements susceptibles d'orienter l'enquête destinée à dépister le foyer de contagion.

Une collaboration confiante devrait s'établir également entre le médecin et le dispensaire dans la conduite du traitement. Le dispensaire sera réservé aux malades nécessiteux. La syphilis peut être soignée en clientèle aussi correctement que dans les services officiels et la prophylaxie peut y être aussi bien réalisée. Les méthodes de traitement et de contrôle sérologique sont à peu près standardisées aujourd'hui; il suffit que le médecin veuille bien ne pas les ignorer, ni trop s'en écarter au gré de sa fantaisie.

Tout praticien devrait trouver à proximité de chez lui une ville pourvue d'un service spécialisé susceptible de devenir pour ses malades économiquement faibles un centre de diagnostic et de traitement. Au lieu de voir dans le dispensaire une concurrence directe, le médecin devrait s'entendre avec lui, adresser le client muni de tous renseignements utiles, ou mieux l'accompagner une première fois. Ce malade serait alors pris en charge pour un temps indéterminé; par réciprocité, l'intervention demandée étant terminée, le malade serait renvoyé à son médecin traitant, qui serait tenu au courant de ce qui a été fait et de ce qui reste à faire. Le praticien aurait à sa disposition, grâce à cette entente, toutes les méthodes de diagnostic et de contrôle du traitement.

Ce projet, estime l'auteur, permettrait d'endiguer, dans une certaine mesure, le mouvement tendant à laisser aux services officiels toute l'organisation de la médecine sociale, à l'exclusion à peu près complète du corps médical.

A. Feil.

### MARSEILLE MÉDICAL

**H. Roger, M. Arnaud** et **J.-E. Paillas.** ***Les encéphalites pseudo-tumorales*** (*Marseille-Médical*, t. 76, n° 4, 5 Février 1939, p. 145-170). — Il existe des lésions parenchymateuses cérébrales, d'étiologie inflammatoire, qui engendrent des troubles cliniques et ophtalmologiques ayant les caractères d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne. Ces encéphalites ont une symptomatologie pseudo-tumorale, et pourtant, il s'agit d'encéphalite proprement dite et non de celles qui s'abcèdent secondairement ou qui accompagnent des lésions inflammatoires osseuses ou méningées.

On peut répartir ces encéphalites à allure tumorale en deux groupes évolutifs.

Les encéphalites progressives à terminaison fatale comprennent surtout les leuco-encéphalites du type Heubner-Schilder ou du type Balo. La première forme apparaît chez l'enfant et l'adulte jeune, elle débute par des troubles psychiques et par de l'amblyopie progressive; quelquefois le début se fait par une crise d'épilepsie généralisée ou jacksonienne. Une fois l'affection constituée, l'aspect tumoral est parfait: céphalée, vomissements, indifférence affective, état confusionnel, stupeur ou coma, stase papillaire avec rétrécissement du champ visuel, mydriase avec baisse de l'acuité visuelle et perte du réflexe photomoteur, crises convulsives, paralysie spasmodique, souvent associée à un syndrome cérébelleux.

La forme concentrique de Balo est une affection de l'adulte jeune, elle commence assez brusquement par une hémiparésie de type cérébral qui se complique d'hypertension intracranienne.

Les encéphalites régressives sont moins bien connues, il existe des formes circonscrites dont 3 exemples sont apportés ici et des formes diffuses.

La ventriculographie affirme le diagnostic au cours de la ponction et surtout à la lecture d'images très spéciales de petits ventricules en position normale ou déplacés en totalité.

Le traitement repose sur des médicaments anti-infectieux et sur l'insufflation gazeuse endocranienne. La craniotomie jointe a un rôle exploratéur, son efficacité décompressive est indéniable.

Robert Clément.

### ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

**Paul Durand.** ***Action du Dagénan sur l'infection pesteuse*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t 28, n° 1, 1er Mars 1939, p. 96-106). — 3 séries d'expériences sur la souris ont montré la valeur protectrice du « dagénan » par rapport à l'affection pesteuse.

Le dagénan a été mélangé aux aliments donnés aux souris. A la dose de 15 à 20 *mg.* par jour c'est à dire 0 *mg.* 4 à 0 *mg.* 5 par gramme de souris et par jour, la consommation des aliments baisse les premiers jours pour se régulariser ensuite. Si on emploie un dosage plus élevé, correspondant à peu près à 60 à 90 *mg.* de produit actif par animal ou 1 *mg.* 5 à 2 *mg.* 25 par gramme, certains animaux refusent pendant 1 ou 2 jours de s'alimenter, ce n'est qu'au bout de 4 à 5 jours qu'ils se mettent à absorber 4 à 7 *g.* de nourriture. La plupart des souris ayant ingéré du dagénan et ayant survécu à une inoculation peu importante de bacilles étaient amaigries.

Inoculées de bacilles pesteux, le 5e ou le 6e jour du traitement par le dagénan, qui est continué ensuite de 6 à 17 jours, les souris ont été protégées contre au moins 10.000 doses mortelles de bacilles pesteux. Celles qui ont reçu de 20.000 à 300.000 doses mortelles ont presque toutes succombé; mais le bacille pesteux n'a pu être retrouvé dans leur organisme par le microscope, les cultures ou les inoculations.

Si l'ingestion médicamenteuse journalière est plus faible (0 *mg.* 5 par gramme et par jour) l'action protectrice ne s'exerce plus qu'imparfaitement, même sur 300 doses mortelles.

La plupart des souris, sauvées par le dagénan de l'infection pesteuse, ont acquis une immunité notable contre cette infection, d'autant plus forte que l'injection infectante première a été plus importante.

Ces résultats expérimentaux ne peuvent qu'encourager à utiliser le dagénan pour la prophylaxie et le traitement de la peste chez l'homme, à la condition d'employer des doses suffisantes.

Robert Clément.

### DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

**Strughold.** ***Les problèmes médicaux dans la substratosphère*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **65**, n° 8, 24 Février 1939). — En 1909 les machines aériennes atteignaient l'altitude maximum de 450 *m.*, en 1913 : 6.000 *m.*, en 1920 : 10.000 *m.*, en 1930 : 13.000 *m.* et, récemment, le colonel italien Pezzi réussissait à s'élever à 17.000 *m.* La zone de vol est donc actuellement de 400 pour 100 plus élevée que la zone physiologique dans laquelle des sujets normaux peuvent vivre. La médecine a contribué à ces progrès techniques par la découverte de la respiration d'oxygène sous pression qui permet de supporter ces altitudes extrêmes.

On peut en effet apprécier à 1/2 atmosphère la pression à une altitude de 5.000 *m.* et cette pression s'abaisse à 1/5 d'atmosphère dans la zone intermédiaire entre la troposphère et la stratosphère, c'est-à-dire aux environs de 11.000 *m.* A cette hauteur la température descend au-dessous de —50°.

Ces modifications atmosphériques étendent donc considérablement les problèmes médicaux des hautes altitudes qu'on n'avait considérés jusqu'à présent qu'au point de vue de la climatologie de montagne, c'est-à-dire seulement jusqu'à 4.000 *m.* environ.

L'étude systématique des réflexes tendineux et oculaires dans les chambres à sous-pressions montre qu'ils fournissent de précieuses indications concernant la tolérance aux diverses altitudes.

Jusqu'à la pression correspondant à 2.500 *m.* les réflexes demeurent normaux. Jusqu'à 5.000 ils sont diminués, au-dessus de 5.000 ils subissent une excitation qui augmente progressivement jusqu'à une période de véritables crampes.

L'hyporéflexie initiale coïncide avec les modifications compensatrices circulatoires et respiratoires correspondant à un début de carence en oxygène ; l'affaiblissement des réflexes peut donc être considéré comme le « seuil réactionnel ». L'excitation des réflexes prouve que les mesures compensatrices sont insuffisantes et qu'il y a un véritable manque d'oxygène provoquant des troubles du fonctionnement cérébral : c'est le « *seuil des troubles fonctionnels* ». Enfin, les crampes musculaires correspondent au « seuil critique » au delà duquel le danger vital est immédiat : paralysie mortelle des animaux en expériences, symptômes irrémédiablement mortels. Avec une vitesse d'ascension correspondante à celle des aérostats habituellement employés on peut admettre que la zone indifférente va jusqu'à 2.000 ou 3.000 *m.*, le seuil des troubles apparaît de 4.000 à 5.000 *m.*, le seuil critique de 6.000 à 8.000 *m.*, le seuil fatal survient quand le seuil critique est dépassé depuis un certain temps.

En pratique, le pilote d'aérostat doit pouvoir respirer constamment de l'oxygène sous pression. Mais si pour des raisons de technique il est obligé de quitter son masque pour quelques instants ou s'il doit même quitter l'aérostat pour descendre en parachute il importe de savoir combien de temps, sans risque grave, il lui est possible de survivre dans cette atmosphère raréfiée.

On peut admettre que la limite de tolérance va jusqu'au seuil des troubles fonctionnels, elle englobe la période d'indifférence et la période après le seuil réactionnel ; cette durée constitue le « *temps de réserve* » pendant lequel la carence en oxygène n'entraîne aucun trouble grave pour le pilote : mais cette durée est extrêmement variable.

Pour en établir la valeur, outre les modifications des réflexes, on peut se servir des épreuves d'écriture, qui montrent des modifications nettes de l'écriture dès que le seuil des troubles fonctionnels est dépassé, et aussi des épreuves dynamométriques montrant une diminution de la force musculaire. La durée du temps de réserve est influencée par deux facteurs essentiels :

1° L'altitude et les réactions individuelles vis-à-vis d'elle ;

2° Le travail effectué.

Les expériences montrent que, même en tenant compte de certaines tolérances individuelles plus élevées, la durée du temps de réserve au repos à 8.000 ou 9.000 *m.* n'est que de quelques minutes et diminue encore de moitié si un travail quelconque est effectué ; ces résultats ne sont valables qu'à condition que la respiration d'oxygène ait été tout à fait normale jusqu'à l'interruption. Un pilote qui doit se servir d'un parachute ou qui doit effectuer une descente rapide après altération de son appareil à respiration artificielle ne dispose donc que de quelques secondes pour parvenir dans la région atmosphérique physiologique, c'est-à-dire à 3.000 ou 4.000 *m.* Or, la chute en parachute s'ouvrant normalement nécessite environ 3 minutes 20 secondes pour 1.000 *m.*, soit près de 17 minutes pour tomber de 9.000 à 4.000 *m.* Il y a donc là pour les pilotes un risque grave qui doit être étudié de très près.

G. Dreyfus-Sée.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

**F. O. Höring, Ch. Dighenopoulos et F. Schmid.** ***Aggressine organotrope*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 6, 11 Février 1939, p. 192-196). — Au cours de recherches sur les colibacilles et sur leur pouvoir infectieux, H. et ses collaborateurs ont recherché si l'organotropie possédée par ces agents pathogènes est fonction du corps microbien où peut en être séparée. L'injection intracardiaque de suspension de bactéries à des lapins mâles a provoqué, dans une première série d'expériences faites avec des souches provenant de cystite, 12 fois sur 12 de la cystite qui a entraîné la mort et qui, dans 2 cas, s'était compliquée d'infection générale. Dans une autre série d'expériences, on a utilisé des souches mixtes de coli et on n'a pu que deux fois retrouver ces souches dans la vessie. Les 10 animaux traités ainsi ont montré de l'hépatite diffuse, des foyers emboliques dans les reins, etc. Les résultats ont été analogues chez 5 animaux inoculés avec des cultures primitives de coli isolé des matières fécales.

D'autres séries d'expériences ont été faites avec des coli recueillis chez un malade à diverses phases d'une cystite à colibacilles. On a constaté ainsi que l'agressivité de la souche diminuait au fur et à mesure que l'affection guérissait chez le sujet de qui la souche provenait. L'injection d'urine stérilisée de malades atteints de cystite a provoqué chez les 8 animaux d'expérience une cystite qui a entraîné la mort.

Ainsi, les coli provenant de cystite, aussi bien que l'urine filtrée recueillie chez des sujets affectés de cystite, contiennent des « agressines organotropes », substances qui, comme Bail l'a montré, ne sont pas toxiques par elles-mêmes mais peuvent accélérer la marche d'une infection et, par ailleurs, rendre l'immunité plus solide.

Quant à l'organotropie, elle est encore assez difficile à expliquer. Cette propriété est liée parfois à l'espèce bacillaire (bacille de la dysenterie, pneumocoques, etc.). D'autres fois, une certaine organotropie n'est possédée que par quelques souches. Elle se perd d'ailleurs souvent par repiquage sur milieux artificiels.

P.-E. Morhardt.

### BRUNS' BEITRAEGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin)

**Marx** (Budapest). ***Sur le développement des kystes et fistules congénitales du cou*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **168**, n° 3, Octobre 1938, p. 435-448). — Durant ces dix dernières années, il a été observé dans le service de Bakay, à Budapest, 34 cas de kystes et fistules congénitales du cou sur lesquels M. n'en retient que 24 qui ont pu être opérés et complètement étudiés au point de vue anatomo-pathologique.

Des recherches de M. il résulte que la théorie épithéliale ne peut expliquer le développement des kystes et des fistules congénitales du cou. Dans tous ces cas on pouvait en effet, sans aucune exception, apercevoir sous l'épithélium l'aspect typique du tissu lymphatique. A noter également que toutes ces lésions avaient un siège élevé, au niveau de la fourche carotidienne, contrairement à la théorie classique d'après laquelle le siège typique de l'abouchement inférieur serait la région sterno-claviculaire. Les cas ne sont pas exceptionnels dans la littérature où le développement d'une fistule latérale ne peut être expliqué par la persistance du tractus pharyngo-laryngé et seules de nouvelles recherches embryologiques pourront résoudre cette question.

J. Sénèque.

**Wille-Baumkauff** (Göttingen). ***L'électro-résection endo-urétrale dans le cas de cancer de la prostate*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **168**, n° 3, Octobre 1938, p. 467-483). — Sur 56 cas de cancer de la prostate observés dans le courant de ces 5 dernières années à la clinique de Göttingen, 6 ont subi la prostatectomie, 10 ont été traités par simple cystostomie, 20 par l'électro-résection endo-urétrale, 20 autres n'ont pas été opérés. Parmi les opérés ayant subi la prostatectomie, on note une embolie mortelle au 5° jour, et 5 décès entre le 5° et le 15° mois après l'opération.

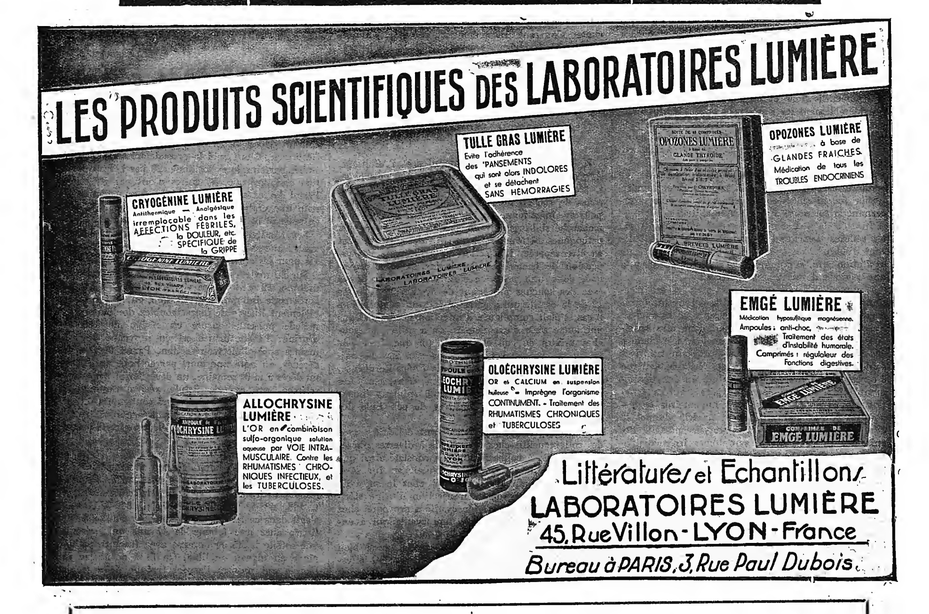
Les résultats de la cystostomie ont été les suivants : une embolie mortelle au 14° jour et une survie pour les autres variant de 14 à 24 mois.

Sur 20 malades traités par électro-résection endo-urétrale, 12 sont encore vivants depuis 5 à 11 mois après cette intervention. Ils sont en tout cas complètement libérés de leurs troubles douloureux ; un malade présente encore un résidu de 150 $cm^3$ d'urine ; l'incontinence est en moyenne de 4 semaines après l'électro-résection. Parmi les 8 opérés décédés, on note une mort par embolie au 3° jour, un décès à la 9° semaine, un décès tardif par artério-sclérose, un cas de fistule vésico-intestinale au 3° mois, et enfin 4 malades qui sont morts 6, 8, 10 et 12 mois après, sans avoir présenté ni troubles urinaires, ni douleurs après l'électro-résection endo-urétrale.

J. Sénèque.

**Fischer.** ***Sur la connaissance des modifications organiques dans la maladie osseuse de Recklinghausen*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **168**, n° 4, Novembre 1938, p. 556-565). — Il s'agit dans ce travail d'un protocole d'autopsie pratiquée chez une femme de 47 ans qui présentait une ostéite kystique fibreuse avec fracture pathologique au niveau du tibia. On fit à ce niveau une biopsie qui montra l'aspect typique de « tumeur brunâtre » comme cela est classique au cours de l'ostéite fibreuse, mais l'état général déclina rapidement et la malade mourut 3 jours après. A l'autopsie on constata d'abord des lésions de broncho-pneumonie bilatérale avec trachéo-bronchite. Au point de vue osseux il existait des foyers sur les deux tibias ; une ostéoporose des os du crâne et sur de nombreux autres os du squelette.

Dans le médiastin antérieur on découvrit une tumeur ovalaire de consistance dure, d'un poids de 25 *g.* et mesurant 3 *cm.* 5 sur 2 *cm.* 5. Cette tumeur présentait en certains points une dégénérescence kystique. A sa partie inférieure elle présentait un petit prolongement qui se terminait à la veine thyroïdienne inférieure. Symétriquement à ce prolongement et à droite existait une parathyroïde inférieure. L'examen anatomo-pathologique de la tumeur ovalaire a montré qu'il s'agissait d'un adénome parathyroïdien, ainsi que le montre la figure



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'odhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FÉBRILES, la DOULEUR, etc. SPÉCIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'Instabilité humorale. Comprimés : régulateur des Fonctions digestives.
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse – Imprègne l'organisme CONTINUMENT. – Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE. Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

histologique publiée. Il existait enfin des foyers de calcification dans le myocarde et dans les reins.

J. Sénèque.

**Fromme.** ***Sur les sténoses post-diphtériques de l'œsophage*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **168**, n° 4, Novembre 1938, p. 604-610). — F. publie avec quatre radiographies démonstratives la courte observation suivante:

Un malade présente une première diphtérie à l'âge de 6 ans, suivie d'une nouvelle diphtérie 14 ans après à l'âge de 20 ans. Deux ans après cette nouvelle diphtérie se manifestent des troubles de la déglutition de plus en plus accentués; seuls les liquides peuvent passer et un repas demande plusieurs heures.

Il est absolument impossible par l'œsophagoscopie de pratiquer une dilatation avec des bougies et l'examen radiographique montre qu'il existe une dilatation de l'œsophage cervical qui s'est constituée à la partie supérieure du rétrécissement qui s'étend sur toute la partie supérieure de l'œsophage thoracique. On commence par pratiquer une gastrostomie, puis on découvre et l'on incise le diverticule sus-strictural. Il est alors possible de passer une bougie filiforme et de pratiquer ensuite des séances de dilatations progressives; celles-ci devaient donner un très bon résultat ainsi qu'en témoignent les radiographies. La fistule œsophagienne s'est presque complètement fermée. mais il est probable qu'il faudra néanmoins pratiquer à ce niveau une petite réintervention; l'alimentation, enfin, a pu être rapide par les voies normales.

J. Sénèque.

**Bernhard** (Giessen). ***Les résultats éloignés des interventions en deux temps sur les voies biliaires*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **169**, n° 1, Janvier 1939, p. 25-32). — Il s'agit dans cet article non seulement de faire connaître les résultats éloignés des interventions en deux temps sur les voies biliaires, mais encore d'établir une comparaison entre les résultats obtenus après les interventions en un temps et celles en deux temps. Disons tout de suite que si les chiffres publiés par B. paraissent *en ce qui concerne les résultats éloignés* favorables aux interventions en un temps, il manque tout de même les chiffres indiquant la mortalité immédiate dans ces deux groupes d'interventions, car l'intervention en deux temps est dans certains cas une intervention de nécessité. Il est néanmoins intéressant de souligner que B. contrairement à certaines théories récentes préconise chaque fois que la chose est possible, l'intervention directe en un temps car les cholédocho-duodénostomies ont souvent des résultats éloignés défavorables. Les chiffres publiés sont les suivants.

*Cholécystectomies* pratiquées entre 1900 et 1922:

Sur 2.894 cas opérés *en un temps* on a pu en retrouver 1.736: 79,7 pour 100 des malades sont guéris; 15,8 pour 100 présentent de légères douleurs; 4,4 pour 100 de mauvais résultats.

Sur 85 malades opérés en deux temps, 30 ont pu être revus: 65,5 pour 100 de bons résultats; 17,5 pour 100 de légères douleurs; 17,2 pour 100 de mauvais résultats.

*Cholédochotomies* pratiquées entre 1900 et 1932:

Sur 929 cas opérés *en un temps*, 672 ont été revus: 68,1 pour 100 de bons résultats; 21,7 pour 100 de légers troubles douloureux; 7,83 pour 100 de mauvais résultats; une mort tardive par angiocholite.

Sur 100 cas opérés *en deux temps*, 76 ont été revus: 61.6 pour 100 de bons résultats; 27,4 pour 100 de légers troubles douloureux; 10,9 pour 100 de mauvais résultats.

*Cholédocho-duodénostomies* pratiquées entre 1900 et 1936:

Sur 32 cas opérés *en un temps*, 20 ont été revus: 78,9 pour 100 de bons résultats; 15,8 pour 100 de légers troubles douloureux; 5,2 pour 100 de mauvais résultats.

Sur 40 cas opérés *en deux temps*, 36 ont été revus: 55,5 pour 100 de bons résultats; 19,1 pour 100 de légers troubles douloureux; 25 pour 100 de mauvais résultats; 3 morts tardives par angiocholite.

B. publie dans cet article 2 radiographies montrant le reflux de la baryte dans les voies biliaires après cholédocho-duodénostomie, et une radiographie montrant l'air dans les voies biliaires après cette même opération.

J. Sénèque.

**Wagner** (Halle). ***Sur les lésions de l'atlas*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **169**, n° 1, Janvier 1939, p. 38-52). — W. publie dans cet article les 3 observations suivantes de fractures de l'atlas que nous résumons:

I. Jeune homme de 25 ans qui fait une chute sur le crâne en tombant de bicyclette. Après une courte période de perte de connaissance, apparaissent des douleurs dans la nuque; le médecin appelé aussitôt pense à une fracture-luxation de la colonne cervicale et le blessé est amené à pied à la clinique une heure après l'accident. On constate une vive douleur dans les mouvements de la partie haute du cou sans troubles médullaires. Une radiographie aussitôt pratiquée montre une fracture sans déplacement de l'arc postérieur de l'atlas. Traitement par immobilisation plâtrée pendant 6 semaines: bon résultat éloigné.

II. Ce cas concerne une femme qui, en descendant rapidement à la cave, se heurte la tête contre une poutre. Elle perçoit aussitôt de vives douleurs dans la partie haute du cou, avec douleur lors de la déglutition et au moindre mouvement. Pour changer de position elle est obligée de maintenir la tête avec les deux mains. Admise à la Clinique neurologique on pense d'abord à des troubles hystériques, mais une radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture des masses latérales de l'atlas, sur le sillon de l'artère vertébrale de chaque côté. Immobilisation plâtrée avec légère extension. Les résultats éloignés font défaut.

III. Un jeune homme de 15 ans entre à la Clinique 4 mois après un combat de boxe au cours duquel il avait ressenti une brusque douleur dans la région de la nuque. Depuis 2 mois ces troubles se sont accentués: les mouvements de la tête sont de plus en plus limités; douleur dans les mouvements de déglutition; douleur vive au toucher pharyngien avec saillie osseuse dans cette région.

L'examen neurologique montre qu'il existe à gauche des phénomènes de paraplégie flasque. L'examen radiographique permet de constater une fracture-luxation de la 1re vertèbre cervicale avec glissement de l'atlas en avant. Une tentative de redressement orthopédique n'ayant pas donné de résultat, on essaie d'intervenir par voie sanglante et, comme la réduction est impossible, on décide pour faire cesser les phénomènes de compression de réséquer les arcs postérieurs des 1re et 2e cervicales. Suture des parties molles et immobilisation plâtrée. Après une amélioration progressive les troubles s'aggravent à partir du 8e mois et le malade meurt au 10e mois avec des phénomènes de paralysie bulbaire.

L'autopsie ayant montré la présence d'une ostéite tuberculeuse des 1re et 2e cervicales avec compression médullaire par du tissu de granulation il n'est pas possible de savoir quel a été en réalité le rôle du traumatisme dans ce cas.

Notre point de vue personnel est qu'il a dû s'agir d'un mal de Pott sous-occipital dont les lésions ont été révélées et aggravées par le traumatisme.

J. Sénèque.

**Marti** (St-Gall). ***Résultats de l'utilisation des rayons ultra-violets filtrés au cours des laparotomies*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **169**, n° 1, Janvier 1939, p. 84-109). — Après avoir rappelé les travaux de Havlicek sur l'utilisation des rayons ultra-violets au cours des laparotomies, M. nous fait part dans cet article des résultats de son expérience personnelle: Il ne semble pas que cette méthode influe de manière notable sur les résultats opératoires des appendicites, péritonites, perforations de l'estomac, opérations sur l'estomac ou l'intestin grêle, car les résultats opératoires avant ou après l'utilisation de cette méthode ne montrent que de très faibles différences et ne sont pas suffisamment concluants. Par contre, cette méthode paraît avoir un heureux effet sur le péristaltisme intestinal et semble, d'autre part, diminuer le pourcentage des complications pulmonaires post-opératoires. Celles-ci ont diminué de 2,04 pour 100 à 0,43 pour 100; les cas de thrombose de 1,68 pour 100 à 0,86 pour 100 et les cas d'embolie de 1,12 pour 100 à 0,29 pour 100.

J. Sénèque.

**Fazekas** (Szeged). ***La cause de la pneumonie post-opératoire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **169**, n° 1, Janvier 1939, p. 109-122). — A propos de 20 cas de décès post-opératoire avec protocole d'autopsie, F. attire l'attention sur les lésions pulmonaires rencontrées.

19 cas avaient été anesthésiés à l'éther; un malade avait été opéré sous anesthésie rachidienne.

Sur ces 20 décès ou complications pulmonaires, 5 fois les lésions ont consisté en hémorragies et œdèmes, 15 fois on a trouvé un foyer pneumonique.

A côté de ces altérations, dans 16 cas on a trouvé des lésions *d'embolie gazeuse*, 4 fois cette lésion faisait défaut.

Sur les 16 cas dans lesquels les lésions d'embolie gazeuse ont été constatées, il faut en séparer 5 dans lesquels l'embolie gazeuse ne bloquait que quelques capillaires et ne peut être retenue pour responsable des accidents.

Par contre, dans 11 cas, soit un peu plus de 50 pour 100, les lésions d'embolie gazeuse ont pu être constatées dans de nombreux capillaires et précapillaires, dans plusieurs artères de petit ou de gros calibre, ainsi que dans des veines et c'est donc par le mécanisme de l'embolie gazeuse qu'il faut expliquer nombre de pneumonies post-opératoires.

J. Sénèque.

## *DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)*

**C. Hegler.** ***La clinique de la typhotuberculose (typhobacillose de Landouzy, septicémie tuberculeuse suraiguë de Scholz)*** [*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **183**, nos 1-2, 14 Octobre 1938, p. 1-7]. — Sur près de 18.000 autopsies faites au cours de 10 années à l'hôpital général de Hambourg, il a été rencontré sur 1.313 tuberculoses, 128 cas de tuberculose miliaire aiguë ou chronique, 98 cas de méningite tuberculeuse, un seul cas certain et un cas vraisemblable de typhotuberculose.

Le premier de ces cas concerne une femme de 48 ans qui présentait des températures élevées avec diarrhée et vomissements. Cette affection se termina par une bronchopneumonie et une méningite qui fit songer à une miliaire aiguë. L'autopsie confirma le diagnostic de typhobacillose. La mort était survenue au 17e jour et on trouvait dans la rate et dans le foie de très nombreux bacilles provenant vraisemblablement d'un ganglion tuberculeux caséifié. Il s'agissait de bacilles bovins.

Un second cas concerne un garçon de 6 ans et demi qui a brusquement présenté des syndromes typhiques. Trois jours avant le début de la maladie, la radiographie n'avait rien révélé de certain. Il s'agissait d'une infection entérale par bacilles bovins. Là encore, on a retrouvé, à côté d'une invasion des ganglions mésentériques, des nodules de nécrose dans la rate et le foie.

# ANTISEPTIQUE ORGANIQUE CHLORÉ



Au point de vue clinique, cette forme de tuberculose peut présenter les caractères d'une fièvre typhoïde ou ceux d'une fièvre septique. Les altérations du sang sont souvent remarquables et font penser à une leucémie ou à une aleucémie, à une agranulocytose, etc. H. recommande de suivre le conseil de Landouzy d'après qui on doit songer à cette maladie chez tout typhique qui ne présente pas de roséole.

P.-E. Morhardt.

**H. Kämmerer** et **M. Weissharr.** ***Considérations critiques sur les observations pathogéniques d'asthme parues ces dernières années*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **183**, nos 1-2, 14 Octobre 1938, p. 8-38). — L'étude de 358 réponses à un questionnaire et de 200 observations parues au cours de ces dernières années a montré que chez les père et mère et chez les autres parents de ces malades, l'asthme est très fréquent. La réceptivité pour les infections des voies aériennes est également marquée. Dans près de la moitié des cas il y avait antérieurement bronchite ou pneumonie. Le refroidissement a été incriminé comme cause d'asthme 38 fois sur 200 particulièrement étudiés. Parmi les maladies observées dans l'enfance des malades, on trouve signalées la pneumonie (16,4 pour 100), la coqueluche (10 pour 100), des dermatoses (11 pour 100), de l'urticaire (11 pour 100), etc. Dans les cas d'apparence purement infectieuse, l'éosinophilie et, par conséquent, l'allergie étaient fréquentes. Des streptocoques viridans ont été retrouvés dans plus de la moitié des cas dont l'expectoration a été examinée à ce point de vue.

L'allergène le plus fréquent a été la poussière (19,5 pour 100), les substances ayant la literie pour origine (17,5 pour 100). L'allergie à la farine est très fréquente chez les individus qui manient la farine. Il a été rare qu'on constate une allergie gastro-intestinale; mais dans quelques cas, cette allergie était nette. Il s'agirait alors d'un type spécial. La tuberculose pulmonaire n'a joué qu'un rôle secondaire et les influences psychiques n'ont pas été sans importance, même dans les cas certainement allergiques.

P.-E. Morhardt.

**P. Martini.** ***Les effets du régime sans sel chez les hypertendus*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **183**, nos 1-2, 14 Octobre 1938, p. 109-146). — Pour savoir si la privation complète du sel de cuisine peut faire baisser une pression sanguine exagérée, il serait nécessaire, après une période pendant laquelle le sel de cuisine a été effectivement supprimé, de voir pendant un certain temps quelles réactions se produisent quand on ajoute de nouveau du sel aux aliments. Les méthodes de ce genre, que M. trouve précieuses, lui ont montré qu'à l'abaissement de la pression qui survient pendant le régime sans sel, succède une élévation dès que NaCl est rajouté au régime. Chez un sujet de 69 ans, ayant eu une attaque d'apoplexie en 1935 et dont la pression atteignait 210-100, la privation de sel a fait tomber la pression à 130 mm. L'adjonction de sel, au contraire, l'a fait remonter à 170 mm.

Au total, les malades traités au cours des deux dernières années et pendant plus de trois semaines par cette méthode ont présenté parfois un abaissement important de la pression surtout quand l'excrétion de chlorure de sodium tombait à 1 *g.* ou au-dessous par jour. Quand l'excrétion restait supérieure à ce chiffre, les échecs étaient fréquents. L'abaissement de la pression ainsi constaté s'accompagnait également d'une amélioration des symptômes subjectifs, des maux de tête, du vertige, de l'état général, de la capacité de travail, etc., amélioration qui n'a d'ailleurs pas été constatée quand la pression du sang ne revenait pas au voisinage de la normale.

Chez beaucoup de malades, le régime sans sel se heurte à une grande répugnance de telle sorte qu'on ne sait pas si la persistance de leurs plaintes n'est pas quelque peu tendancieuse. Néanmoins, une série de malades qui présentaient de l'hypertension permanente et une insuffisance cardiaque plus ou moins manifeste ont été considérablement améliorés par un régime sans sel suivi d'une façon consciencieuse et pendant longtemps. Mais ces malades sont une minorité.

En cas d'hypertension néphrogène, les avantages d'un abaissement de la pression sont plus douteux et d'ailleurs le régime sans sel n'arrive pas toujours à réaliser pareil résultat. Néanmoins, dans deux cas, la privation de sel a fait baisser la pression qui est remontée quand le sel a été ajouté au régime.

L'abaissement de la pression que le régime sans sel provoque n'est vraisemblablement pas dû à une modification du débit par minute. Par contre la viscosité du sang baisse comme la pression. La diminution du tonus artériel et la dilatation des petites artères jouent peut-être un rôle. La diminution du volume du sang, par contre, n'en joue pas.

Il y a lieu de remarquer que, d'une façon générale, les malades de ce genre, soumis à un régime sans sel, éliminent un excès de NaCl pendant beaucoup plus de temps que des sujets sains observant un régime analogue. Certains faits de ce genre tendent à montrer que NaCl agit pour élever la pression en réalisant une sorte d'excitation pendant la phase au cours de laquelle il migre vers les reins pour être éliminé.

P.-E. Morhardt.

**Walter Hauth.** ***La recherche des cellules non digérées dans le suc gastrique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **183**, n° 4, 7 Février 1939, p. 363-371). — L'examen des leucocytes qu'on retrouve dans le suc gastrique a été souvent pratiqué dans le but de simplifier le diagnostic de la gastrite chronique. Les résultats n'ont pas été satisfaisants parce que le suc gastrique acide digère ces cellules dont on ne retrouve plus que des fragments, d'où les contradictions qui existent entre les auteurs qui, en cas de gastrite, trouvent une augmentation des lymphocytes (Loeper et Marchal) ou qui, au contraire, n'en retrouvent pas (Simchowitz, Westphal, Stravenhagen et Hartwig). Devant ces difficultés, H. s'est efforcé de rechercher dans le suc gastrique des leucocytes avec noyau et protoplasma intact qui, selon lui, peuvent seuls donner lieu à des interprétations légitimes. Or, en cas d'anacidité, quand le suc gastrique a, par exemple, un $pH=7$, les leucocytes sont bien conservés alors qu'ils le sont mal quand le $pH$ varie de 3,7 à 5,2, même si HCl libre n'existe pas. Une expérience consistant à ajouter des leucocytes à du suc gastrique de $pH=1,32$ additionné de quantités croissantes de bouillon bicarbonaté, a permis d'établir que les leucocytes ne sont bien conservés que jusqu'à $pH=6,17$, chiffre à partir duquel on trouve des cellules présentant de la tuméfaction.

La méthode fondée sur ces constatations, consiste, après le 9e ou le 10e sondage (90 à 100 minutes après le déjeuner d'épreuve), à recueillir tout ce qui reste de suc gastrique puis à administrer 10 $cm^3$ d'un mélange de 150 $cm^3$ d'eau additionnée de 10 $cm^3$ d'un extrait de bouillon et de 5 *g.* de bicarbonate de soude. Quand il s'agit d'estomac très acide, la quantité de bicarbonate de soude peut être portée à 7,5 et même 10 *g.*, tandis que d'autres fois une dose de 2,5 *g.* suffit. Au bout de 10 minutes, on pompe si possible plus de liquide qu'il n'en a été administré. Cette opération est renouvelée à trois reprises. On est ainsi sûr de ne recueillir que des leucocytes qui proviennent de l'estomac. On apprécie *grosso modo* la quantité de leucocytes ou de cellules épithéliales ou on procède à une numération. Pour simplifier, il a été préparé des dilutions témoins de suc gastrique phénolées et tout à fait stables, permettant de faire des comparaisons.

Pour diagnostiquer la gastrite, il suffit ainsi de préparer de bons frottis. D'une façon générale, on peut donc dire, quand le suc gastrique a une réaction acide avec le papier de tournesol, que le diagnostic cellulaire est impraticable, tandis qu'il l'est quand la réaction est alcaline.

P.-E. Morhardt.

### ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE
### (Leipzig)

**H. Mittelstrass** (Hambourg-Eppendorf). ***Le sérodiagnostic des affections annexielles chez la femme*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **62**, n° 24, 11 Juin 1938, p. 1285-1289). — Par l'étude du sérum dans 297 cas de salpingo-ovarites, M. s'est efforcé d'établir la nature gonococcique de l'affection annexielle. Dans le cas où la gonorrhée est cliniquement et bactériologiquement certaine, la réaction de fixation du complément semblerait devoir être à coup sûr positive. Elle ne le fut cependant que dans 45 cas sur 62. Dans un second ordre de faits comprenant 80 malades chez lesquelles la bactériologie du gonocoque fut négative bien que l'on eût cliniquement tous les signes d'une infection gonococcique, la séro-réaction fut 52 fois positive. Enfin dans 155 cas de salpingo-ovarites où cliniquement et bactériologiquement M. croit pouvoir affirmer qu'il n'y a eu aucune gonococcie, la réaction fut 150 fois négative et 5 fois positive.

Peut-on, sur ces chiffres, conclure avec M. que la réaction de fixation du complément présente un degré élevé de spécificité. La question reste posée.

M. ayant noté que, dans les annexites tuberculeuses la réaction est souvent positive avec le liquide péritonéal alors que, dans le sang, elle est encore négative, rechercha la valeur de la réaction du complément dans les annexites gonococciques en se servant du liquide obtenu par ponction des tumeurs annexielles.

Dans cette nouvelle série de recherches portant sur 42 femmes dont la blennorragie pouvait être affirmée cliniquement et bactériologiquement (premier groupe) ou simplement cliniquement (deuxième groupe) M. obtint pour le premier groupe sur 24 cas 16 réactions positives avec le sérum et 22 avec le liquide de ponction. Dans le deuxième groupe, 11 réactions positives avec le sérum et 15 avec le liquide de ponction sur 18 cas.

La recherche de la réaction de la fixation du complément donne des résultats plus fidèles avec le liquide de ponction qu'avec le sérum sanguin.

L'article de M. est donc un plaidoyer en faveur de cette méthode de diagnostic préconisée par Bucara, Oppenheim, John, Brunet, Levine et Frank, etc., et il s'étonne que les chirurgiens ne l'emploient pas plus souvent. Desmarest.

**E. Guldberg** (Aalborg, Danemark). ***Menstruation véritable obtenue par administration d'hormones synthétiques, chez une femme castrée*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **62**, n° 47, 19 Novembre 1938, p. 2584 à 2594). — Pour la première fois, à l'aide d'hormones synthétiques, G. a obtenu une menstruation d'abondance moyenne, d'une durée de 48 heures, chez une femme de 22 ans à qui on avait enlevé les ovaires et les trompes pour un double pyosalpinx avec suppuration des deux ovaires. Ce résultat fut obtenu par l'emploi du dyethylstilboestrol. L'administration de ce produit entraîna une action nette sur tous les troubles. L'hormone gonadotrope disparut dans les urines; l'endomètre proliféra en une hypertrophie irrégulière et importante des glandes.

On administra alors du progesterone synthétique, dont l'action sur la muqueuse utérine déclancha l'écoulement menstruel. Desmarest.


DRYCO
LAIT SEC DEMI-ÉCRÉMÉ NON SUCRÉ

**E. Wirths** (Iena). ***Parathyroïde et circulation chez les éclamptiques*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **62**, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 2689-2694). — Les conclusions de l'article de W. peuvent être énoncées de la façon suivante.

W. n'a pas obtenu, par l'emploi de la parathyroïde administrée sous forme d'extrait subtotal, soit en tablette soit en injections, les résultats que Hoffström avait obtenus en donnant à quatre éclamptiques de l'hormone parathyroïdienne, de la vitamine D et du calcium. Il ne faut pas oublier que Hoffström joignait à cette médication un régime désalbuminé, pauvre en eau et sans sel. A dire vrai, W. a surtout cherché à se rendre compte de l'influence qu'exerçait l'hormone parathyroïdienne sur la pression sanguine.

Dans un tableau W. consigne les observations faites sur 11 cas.

De l'étude de ses résultats, W. conclut que dans toutes les hypertonies prééclamptiques, l'hormone parathyroïdienne a entraîné une chute de pression qui traduisait son action indéniable exercée sur la circulation. L'abaissement de la pression déterminé par l'hormone parathyroïdienne subtotale influence favorablement le syndrome éclamptique.

Il n'est pas possible de pousser plus loin les conclusions car, dans tous les cas, un régime sévère fut institué et il semble bien, en particulier, que la disparition rapide de l'albumine éliminée a été très influencée par le régime comme il est classique de le noter dès le premier jour après l'accouchement.

DESMAREST.

**Fr. Hoffmann** (Dusseldorf). ***Action de l'hormone cortico-surrénale (Corticostérone) sur l'appareil génital de la femme*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **62**, n° 49, 3 Décembre 1938, p. 2694-2700). — A la corticale surrénale semble dévolu un rôle important dans la formation des substances génitales actives. Chacun sait qu'on peut voir survenir chez une femme des signes de virilisme, lorsqu'une tumeur se développe dans la corticale surrénale. Dans la maladie de Cushing que caractérise une hypertrophie de la corticale, le même phénomène se produit.

On en peut déduire que dans la corticale surrénale s'élabore une substance active gonadotrope qui agit comme un stimulant de l'ovaire. C'est elle qui commande l'apparition du syndrome de la puberté précoce. Mais en outre, il s'élaborerait dans la corticale surrénale des hormones génitales masculines et féminines. C'est qu'il existe une parenté chimique extrêmement proche entre la cortico-surrénale (corticostérone et son dérivé dysoxy-corticostérone) et le progestérone. Rappelons-en les formules :

Corticostérone : $C^{21} H^{30} O^{4}$ ;
Disoxy-corticostérone : $C^{21} H^{30} O^{3}$ ;
Progestérone : $C^{21} H^{30} O^{2}$.

H. en injectant seulement de la désoxy-corticostérone à des lapines infantiles et castrées a pu obtenir une phase de transformation de la muqueuse utérine sans que les animaux aient reçu préalablement de la folliculine. L'action est donc analogue à celle obtenue par le progestérone. Clauberg n'a-t-il pas montré que quantitativement, 1,2 mg. de corticostérone correspond à 0,5 mg. de progestérone ? D'ailleurs le contenu des surrénales en progestérone est relativement élevé si on le compare à celui de l'ovaire; 150 à 180 g. de corticale correspondent, en usant du test de Corner, à 100 g. d'ovaire et chez la génisse la corticale surrénale, qui pèse 12 à 14 g. est notablement plus volumineuse que l'ovaire.

La corticostérone n'a aucune action sur l'ovaire de corps jaune qui n'est pas négligeable. Mais il est encore impossible de dire quel rôle joue cette hormone lutéinique de la corticale dans l'évolution du cycle sexuel et dans la grossesse.

La corticostérone n'a aucune action sur l'ovaire des rates infantiles.

Enfin, H. affirme à nouveau que la corticostérone et l'hormone gonadotrope de la surrénale sont deux produits nettement différenciés, qui ont des propriétés physico-chimiques tout à fait différentes.

DESMAREST.

### THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

**J. Mac Naught.** ***Le test de Gordon dans la maladie de Hodgkin : une réaction due aux éosinophiles*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 14, 1er Octobre 1938, p. 1280-1284). — Gordon a démontré que l'injection intra-cérébrale au lapin de suspension de tissu ganglionnaire de malades atteints de lymphogranulomatose maligne déterminait l'apparition d'une encéphalite. Il en a conclu à la nature infectieuse de la maladie de Hodgkin, et a même proposé un traitement vaccinal à l'aide d'injections sous-cutanées de lysats ganglionnaires. Mais Friedmann a montré récemment que l'on obtenait une encéphalite identique en injectant dans le cerveau du lapin des extraits de moelle osseuse, de rate, ou de leucocytes, traités par des méthodes empêchant la vie d'un virus hypothétique. Pour N., le test de Gordon serait dû aux éosinophiles, car il n'est positif que dans les cas où les ganglions injectés contiennent une proportion notable d'éosinophiles. Le test n'aurait donc pas plus de valeur diagnostique que la présence de polynucléaires éosinophiles dans les adénogrammes.

R. RIVOIRE.

**A. Blakemore** et **B. King.** ***La coagulation électrothermique des anévrysmes aortiques*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 20, 12 Novembre 1938, p. 1821-1827). — Dans ce très intéressant article, B. et K. exposent en détail leur technique de coagulation artificielle des anévrysmes aortiques sacciformes et fusiformes, par introduction d'un long fil métallique très fin à l'intérieur de l'anévrysme et chauffage électrique à 80°. D'après B. et K., la technique qu'ils préconisent est inoffensive et efficace. Ils rapportent sept observations de malades ne présentant plus aucun symptôme subjectif ou objectif d'anévrysme après leur traitement : il s'agissait cependant de gros anévrymes avec signes de compression et douleurs intenses.

Malgré la hardiesse extrême de la technique proposée, il semble que les résultats rapportés dans cet article devraient inciter les chirurgiens à vérifier l'efficacité et la relative innocuité de la méthode.

R. RIVOIRE.

**E. Dodge** et **T. Frort.** ***Relations entre les protéines plasmatiques et la toxémie gravidique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 21, 19 Novembre 1938, p. 1898-1902). — D. et F. auraient observé dans des cas de toxémie gravidique une diminution notable des albumines plasmatiques, avec une légère augmentation des globulines. Ils ont donc traité par un régime riche en protides des cas légers de toxémie, et auraient constaté une amélioration des symptômes subjectifs et objectifs.

De nouvelles recherches s'imposent avant de recommander un tel régime dans les cas graves de toxémie gravidique.

R. RIVOIRE.

**W. Barry Wood.** ***Anémie au cours du traitement par la sulfanilamide*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 21, 19 Novembre 1938, p. 1916-1919). — W. a observé 24 cas d'anémie aiguë au cours du traitement par la sulfanilamide de 522 malades. Cette anémie s'observe plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

Cette anémie apparaît de la 24e à la 72e heure, et son maximum s'observe en général vers le 5e jour.

Il s'agit d'une anémie hémolytique, mais sa pathogénie est pour l'instant imprécise.

Le traitement de cette anémie est la suppression immédiate de la drogue et une tranfusion sanguine. Aucun cas de mort n'a été observé. Il est prudent de surveiller la formule sanguine pendant la première semaine d'un traitement par la sulfanilamide.

R. RIVOIRE.

**J. Willard, J. Fenel, J. Hundley** et **H. Bockus.** ***Le pronostic de la colite ulcéreuse*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 23, 3 Décembre 1938, p. 2078-2086). — Dans cette revue générale, W., F., H. et B. étudient particulièrement le pronostic de cette redoutable maladie, en se basant à la fois sur leurs observations personnelles et sur les statistiques antérieurement publiées. Voici quelles sont leurs conclusions :

1° La colite ulcéreuse a une mortalité de 10 à 40 pour 100, suivant les statistiques.

2° Les proportions différentes de guérison et de décès dans les statistiques proviennent moins de la thérapeutique utilisée que du type de la maladie, de la durée d'observation des malades, et de la fréquence des tentatives chirurgicales.

3° D'après l'expérience de W., F., H. et B., aucun régime particulier ne semble plus favorable que d'autres sur l'évolution de la maladie.

4° L'intervention chirurgicale doit être résolument proscrite, étant donné que la mortalité opératoire est de 40 pour 100, et la mortalité totale de 73 pour 100.

R. RIVOIRE.

**W. Craig** et **Kernohan.** ***Tumeurs du 4e ventricule*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 26, 24 Décembre 1938, p. 2370-2377). — Dans cette intéressante revue générale, C. et K. passent en revue les symptômes et le traitement des tumeurs du 4e ventricule. Celles-ci ne déterminent pas un syndrome clinique typique : cependant, l'existence d'une hypertension cranienne, d'un haut degré d'œdème papillaire, de vomissements sans nausées, et d'une céphalée sévère intermittente, doit toujours suggérer l'idée d'une tumeur du 4e ventricule.

Le traitement consiste en une craniectomie sub-occipitale et en l'ablation de la plus grande partie de la tumeur compatible avec l'état général du patient. La radiothérapie post-opératoire dépend de la nature de la tumeur et de la quantité de tissu tumoral enlevé à l'intervention.

R. RIVOIRE.

**J. Nielsen, S. Ingham** et **K. von Hagen.** ***Œdème pulmonaire et embolies pulmonaires, complications du shock insulinique dans le traitement de la schizophrénie*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **111**, n° 27, 31 Décembre 1938, p. 2455-2458). — N., I. et H. ont observé trois cas d'œdème pulmonaire et un cas d'embolie pulmonaire au cours d'une série de 1.200 shocks insuliniques, pratiquées chez 26 malades schizophrènes. Il faut donc être averti de la possibilité de telles complications pulmonaires, dont la fréquence décroît d'ailleurs au fur et à mesure que la technique du traitement s'améliore.

En cas d'œdème pulmonaire, il faut immédiatement donner du sucre en injection intra-veineuse, puis faire inhaler un mélange de gaz carbonique et d'oxygène ; en même temps, on doit injecter sous la peau de la morphine, de la coramine et de la caféine. Malgré ce traitement énergique, la mort survient souvent rapidement en pareil cas.

R. RIVOIRE.


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE & Cie, Pharmaciers
5, Rue Barruel, PARIS-15e
A.S.I.P.

### AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES (Fort Wayne)

**D. J. Sandweiss, H. C. Saltzstein** et **A. A. Farbman.** ***Relation entre les hormones sexuelles et l'ulcère peptique*** (*The American Journal of Digestive Diseases*, t. **6**, nº 1, Mars 1939, p. 6-12). — Cette étude clinique et expérimentale cherche à mettre en évidence un rapport entre les hormones sexuelles et l'ulcère peptique.

Il semble y avoir peu d'ulcères peptiques pendant la gestation. Sur 70.310 femmes admises à l'hôpital en état de grossesse, on a constaté un seul cas d'ulcère duodénal, qui se termina par la mort après accouchement d'un mort-né à 6 mois, tandis que sur 13.780 femmes enceintes hospitalisées durant une période de 10 ans, existait une proportion importante d'autres troubles gastro-intestinaux.

La gestation semble avoir un effet favorable sur les symptômes de l'ulcère peptique. 25 ulcéreuses ont été enceintes 52 fois: 11 se rappellent distinctement que leurs symptômes disparurent avec le début de la grossesse; 4 ont eu pendant les trois premiers mois des nausées, des vomissements et de l'aérogastrie; 1 présenta les symptômes d'ulcère pendant la grossesse.

Sur 101 cas d'ulcère gastro-duodénal survenu avant la puberté, on trouve 52 garçons et 49 filles alors que chez l'adulte, la proportion est de 80 à 90 pour 100 d'hommes et de 10 à 20 pour 100 de femmes.

Chez 33 femmes atteintes d'ulcère, on a trouvé dans 46 pour 100 des cas des symptômes endocriniens.

L'ulcère est aggravé pendant la ménopause. La fonction de reproduction n'est pas affectée par la présence d'un ulcère.

La production expérimentale d'ulcère chez le chien, selon la technique de Mann-Williamson, donne une proportion de 98 pour 100 de mort par ulcère jéjunaux. Sur 34 chiens soumis à cette technique, et ayant reçu quotidiennement des doses variées d'antuitrine S, 50 pour 100 après leur mort n'avaient pas d'ulcère et 20 pour 100 des ulcères en voie de guérison. La moyenne de survie des chiens ainsi traités est de 58 jours pour les témoins; chez ceux ayant reçu de l'hormone hypophysaire, elle fut de 100 jours. Six chiens de cette série sont encore vivants 1 an après l'opération.

18 malades présentant des symptômes d'ulcère peptique furent traités par des injections quotidiennes de 2 à 5 $cm^3$ d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse pendant 14 jours consécutifs; 78 pour 100 furent améliorés, mais on n'eut pas l'impression que le bénéfice fût plus grand que celui obtenu avec d'autres produits injectés par voie parentérale. Les injections hypophysaires n'eurent aucun effet sur l'acide chlorhydrique libre et l'acidité totale du suc gastrique ni chez l'homme ni chez le chien. Robert Clément.

### BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

**G.-W. Thorn, L.-L. Engel** et **H. Eisenberg.** ***Traitement de l'insuffisance surrénale au moyen d'implantation sous-cutanée de boulettes d'acétate de désoxycorticostérone (hormone cortico-surrénale synthétique)*** [*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **64**, nº 3, Mars 1939, p 155-166]. — Les chiens à qui on a enlevé les surrénales des deux côtés peuvent être maintenus en bonne santé au moyen d'injections sous-cutanées quotidiennes d'une solution huileuse d'acétate de désoxycorticostérone. Cependant, bien que l'effet de l'injection huileuse se prolonge 24 heures, on n'est jamais certain d'obtenir une libération uniforme de l'hormone durant cette période. Pour pallier à la nécessité des injections quotidiennes, réaliser une absorption plus régulière et pour réaliser une économie de l'hormone employée, on peut substituer aux injections l'implantation sous la peau de sortes de crayons de cristaux d'acétate de désoxycorticostérone.

Les crayons ou boulettes préparés pesaient de 60 à 200 *mg.* et mesuraient 6 *mm.*, 5 de diamètre avec une épaisseur de 2 à 6 *mm.* La durée du crayon médicamenteux dépend de sa consistance et de son poids, la quantité d'hormone libérée varie avec la surface de la boulette. Celles-ci peuvent rester intactes chez l'animal pendant plus de 4 mois.

Les chiens surrénalectomisés bilatéralement, à un régime contenant peu de sodium et de chlorure, peuvent être maintenus en excellentes conditions de cette façon.

Le retrait des boulettes est suivi d'une augmentation d'excrétion rénale du sodium et des chlorures, d'une perte de poids, de concentration du sang, de rétention du potassium et d'une diminution dans le plasma de la concentration de Na et de Cl. L'implantation provoque une diminution frappante et rapide de l'excrétion rénale du sodium et des chlorures, une augmentation de potassium, un retour à la normale des électrolytes du plasma, l'amélioration de l'appétit et un gain de poids.

La quantité d'hormone fournie à l'organisme des animaux peut être déterminée en enlevant et en pesant les boulettes. Ce mode d'administration économise une quantité notable d'hormone par rapport aux injections. Robert Clément.

**K. L. Pickrell.** ***Etudes sur l'hypersensibilité au catgut comme facteur de disjonction des plaies*** (*The Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. **64**, nº 3, Mars 1939, p. 195-205). — Dans l'étude des rapports entre les matériaux de suture employés au traitement des blessures et la disjonction post-opératoire des blessures, on peut envisager plusieurs facteurs. Un des plus récents mis en cause est la possibilité d'une manifestation d'allergie au catgut. Dans le but de vérifier cette hypothèse, P. a poursuivi des expériences sur le lapin et le cobaye et chez les opérés.

On a choisi un catgut courant employé dans les salles d'opération de l'hôpital. Il ne fut constaté de réactions de sensibilisation locale ou générale ni chez les cobayes ni chez les lapins ayant résorbé du catgut. L'injection intraveineuse d'un extrait de catgut ne réalisa pas de choc anaphylactique chez les cobayes traités auparavant soit par du catgut, soit par un extrait de catgut. La recherche des anticorps sériques chez ces animaux fut négative. Il n'y eut aucune disjonction des sutures chez les lapins et les cobayes que l'on avait sensibilisés auparavant avec du catgut.

Chez l'homme, il ne fut pas possible de mettre en évidence de sensibilisation au catgut chez trois sujets ayant présenté une disjonction de sutures au catgut. Sur 100 cas où le catgut avait été utilisé, les épreuves de sensibilisation à l'extrait de catgut, faites avant et un mois après l'opération, ne purent démontrer aucune allergie.

On peut finalement conclure de ces recherches que si le catgut, comme tout autre matériel de suture, se comporte comme un corps étranger et provoque une légère réaction leucocytique, il n'agit pas comme un antigène pour développer un état d'hypersensibilité. Robert Clément.

### ANNALI DELL'ISTITUTO CARLO FORLANINI (Rome)

***A propos de la kymographie thoraco-pulmonaire*** (*Annali dell' Istituto « Carlo Forlanini »*, t. **3**, nº 1-2, Janvier-Février 1939). — Ce numéro des *Annales de l'Institut Carlo-Forlanini* est, en majeure partie, consacré à des travaux qui ont pour objet la kymographie.

**G. Torelli**, en particulier, a apporté une importante contribution. Dans une revue générale il expose tout d'abord *la question de la kymographie*, c'est-à-dire son principe, sa technique, l'appareillage nécessaire, les limites et les causes d'erreur de cette méthode d'examen, enfin les principaux résultats qu'elle est susceptible de donner dans l'étude de la mécanique thoraco-pulmonaire. Une rapide bibliographie mentionne les principaux travaux antérieurement parus sur cette question.

Le même auteur a étudié *les mouvements costaux chez le sujet normal adulte*. En se basant sur des observations relevées sur 48 sujets, il fait observer que le maximum des déplacements costaux se manifeste de la 2ᵉ à la 9ᵉ côte et particulièrement au niveau de la 6ᵉ chez l'homme, de la 5ᵉ chez la femme; que, dans un tiers des cas environ il existe un mouvement paradoxal à proximité de la région paravertébrale; que, même chez des sujets normaux, il peut exister une asymétrie des mouvements costaux des deux côtés.

**Torelli** a étudié également *le médiastin chez le sujet normal* chez 40 sujets. Il conclut de ses travaux que: la région sus-claviculaire reste immobile pendant la respiration; dans la moitié des cas la portion qui correspond aux gros vaisseaux reste de même immobile, alors que, dans l'autre moitié des cas, elle présente de faibles mouvements de latéralité avec attraction inspiratoire vers la droite; en ce qui concerne la portion inférieure, répondant au cœur, elle reste fixe dans les 2/3 des cas environ et, dans le 1/3 restant, présente des mouvements analogues à ceux de la portion sus-jacente. Ces observations viennent à l'appui de l'hypothèse que la pression négative de la cavité pleurale est plus élevée à droite qu'à gauche. Torelli note, enfin, que dans quelques cas le diamètre transverse du cœur augmente en inspiration et diminue en expiration.

A **F. d'Angelo** est due *l'étude, chez le sujet normal, des modifications de la statique et de la dynamique thoraco-pulmonaire suivant les positions en décubitus*. Cette étude a porté sur 10 sujets étudiés en divers décubitus (droit, gauche, dorsal, ventral), la position debout servant d'élément de comparaison; l'auteur a aussi étudié les mouvements des côtes, du diaphragme, les mouvements passifs du poumon et la mobilité médiastinale et, à la lumière des observations faites, pense que les différentes interventions pratiquées sur le poumon (pneumothorax uni- ou bilatéral, phrénicectomies, etc.) sont justiciables de positions différentes du sujet, susceptibles d'influer sur l'évolution des lésions.

En ce qui concerne les travaux qui intéressent plus particulièrement la tuberculose pulmonaire notons, de **G. Torelli**, *la kymographie appliquée à l'étude des mouvements costo-diaphragmatiques dans les diverses formes de tuberculose pulmonaire;* les observations qui ont porté sur 158 cas (que schématise un tableau) ont conduit l'auteur à conclure que, si dans les formes non ulcéreuses ces mouvements des côtes sont semblables des deux côtés, ou diminués du côté malade, au contraire, dans les formes ulcéreuses, ils sont plus accusés du côté lésé. Quant aux mouvements du diaphragme ils sont diminués dans presque toutes les formes de tuberculose.

Avec **F. d'Angelo, Torelli** a étudié *le médiastin dans les diverses formes de tuberculose et pendant le pneumothorax*. Faite sur 50 sujets, cette étude leur a montré qu'il existait, en général, un déplacement médiastinal, avec attraction lors de l'inspiration vers le côté atteint. Cependant, dans quelques cas, ils ont observé un mouvement paradoxal avec augmentation des diamètres du cœur en l'inspiration.

Lors du pneumothorax il existe un déplacement statique du médiastin vers le côté sain et pendant la respiration une attraction inspiratoire du côté du pneumothorax. Dans l'hydropneumothorax il a été possible de bien mettre en valeur le rôle de la fluctuation médiastinale dans la production du phénomène de Kienbock. Le pneumothorax bilatéral s'accompagne généralement d'une diminution des mouvements médiastinaux.

Après l'opération de Jacobaeus peu appréciables sont les modifications du côté du médiastin; quand elles existent, elles consistent surtout en augmentation de sa mobilité.

Avec **M. Benvenuti, Torelli** expose *les mouvements du parenchyme pulmonaire dans la tuberculose.* De 155 cas observés, il résulte que si les lésions du 1/3 supérieur suivent les mouvements costaux, celles du 1/3 inférieur suivent les mouvements diaphragmatiques alors que celles du 1/3 moyen sont soumises tant aux uns qu'aux autres. En ce qui concerne les cavernes il en résulte des efforts qui tendent à les élargir.

Enfin, les pulsations cardiaques sont susceptibles d'être transmises à distance aux différentes lésions.

**D'Angelo**, étudiant *le mécanisme respiratoire dans le pneumothorax électif,* conclut de l'examen de 40 sujets (dont 15 examinés avant et après l'intervention) que la kymographie donne des précisions assez exactes sur les rapports anatomiques et fonctionnels du côté sain et du côté lésé.

**R. Bortolotti** consacre un article à *l'étude de la dynamique thoracique après l'opération de Jacobaeus* et, après examen de 32 cas, considère que, si dans le pneumothorax unilatéral la mobilité des côtes et du médiastin augmente, par contre, celle du diaphragme n'est pas sensiblement modifiée. Dans le pneumothorax bilatéral il ne survient aucune modification notable.

A **d'Angelo** est encore dû un travail sur les *suites fonctionnelles du pneumothorax thérapeutique,* travail basé sur 48 cas. Après des considérations générales sur les conditions de l'équilibre respiratoire chez les sujets porteurs d'un pneumothorax il étudie les mouvements des côtes, du diaphragme, du médiastin et du parenchyme pulmonaire. Il considère que c'est dans le cas où il a fallu cesser le pneumothorax par suite d'épanchement que les troubles fonctionnels sont les plus accusés.

Au contraire, l'équilibre respiratoire n'est pour ainsi dire pas modifié quand il n'existe pas de complications.

Dans les cas où une pneumothoracentèse a été pratiquée alors que le pneumothorax s'accompagnait d'épanchement, dans les pneumothorax longtemps entretenus, et dans ceux brusquement interrompus, on peut observer des modifications, d'ailleurs peu importantes, du mécanisme respiratoire.

**D'Angelo** a encore étudié, dans 152 cas, le *retour fonctionnel du diaphragme après interventions sur le diaphragme;* il a observé que relativement peu de temps après l'intervention, et dans un nombre assez élevé de cas, la paralysie temporaire tendait à disparaître, ce que seule permet de constater la kymographie. Celle-ci permet donc de se rendre compte, et des résultats immédiats de l'intervention, et, précocement, du retour fonctionnel du diaphragme.

**M. Benvenuti**, à propos du *pneumothorax bilatéral,* a examiné 23 sujets (avant la réalisation du pneumothorax bilatéral, aussitôt après, dans les mois qui l'ont suivi) et considère que le diaphragme, que la seule kymographie permet d'étudier, est plus influencé que la cage thoracique. Il a noté une tendance à l'égalisation des mouvements des deux hémithorax jusqu'à réalisation de l'équilibre.

MOREL KAHN.

### POLSKI PRZEGLAD CHIRURGICZNY (Varsovie)

**A. Haber.** ***L'hémangiome caverneux du foie*** (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, t. **17**, fasc. 4, Avril 1938, p. 349-359). — H. décrit un cas d'hémangiome caverneux du foie atteignant le volume d'une tête de nouveau-né et n'ayant donné lieu à aucun signe subjectif. Les difficultés du diagnostic ont nécessité la décision d'une laparotomie exploratrice. Cette intervention a été terminée par l'ablation de la tumeur en raison des dangers d'hémorragie foudroyante. Cette tumeur d'origine embryonnaire, traduisant au point de vue histopathologique un syndrome de la constitution angiomateuse, possède probablement des propriétés andréioblastiques exerçant une action frénatrice sur les fonctions ovariennes. Ce caractère semble être confirmé par l'observation publiée par Langer où le cycle menstruel normal s'est établi après l'ablation de la tumeur chez une malade atteinte d'oligoménorrhée prolongée.

FRIBOURG-BLANC.

**W. Rzepecki.** ***Aperçus cliniques sur la valeur de la transfusion du sang conservé*** (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, t. **17**, fasc. 5, Mai 1938, p. 437-472). — R. décrit la méthode de prélèvement et de conservation du sang pris aux malades atteints d'hypertension artérielle dans le but curatif pour eux et en vue de se procurer du sang destiné à la transfusion. Cette méthode crée une nouvelle source de sang dont l'utilité est appréciable, tout particulièrement dans les petits hôpitaux.

La transfusion du sang conservé à la glacière à la température de 0° à +0°5 jusqu'à 14 jours a donné des résultats satisfaisants. R. étudie la morphologie du sang conservé, sa résistance globulaire à l'égard des solutions hypotoniques de chlorure de sodium et rapporte les examens hématologiques des malades avant et après la transfusion. Il conclut, d'après ses recherches, que les globules rouges du sang conservé et transfusé circulent assez longtemps dans le sang du receveur. La transfusion du sang conservé a une importance particulière en temps de guerre. Elle est très précieuse dans les petites stations de transfusion et son prix de revient minime est à considérer pour le traitement des malades peu fortunés.

FRIBOURG-BLANC.

### GRUZLICA (Varsovie)

**Z. Skibinski.** ***La valeur des lipoïdes dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **13**, n° 4, Juillet-Août 1938, p. 331-348). — A la suite des travaux parus sur le rôle des ferments lipolytiques dans les processus immunisants de la tuberculose pulmonaire et en vue de leur utilisation thérapeutique, S. expérimente sur 20 malades le traitement de diverses formes de tuberculose par la cire d'abeilles. La cire peut être employée à des doses fortes ou faibles. S. penche vers l'emploi des doses modérées (0 *g*. 18 de cire pour 5 *cm*³ d'huile d'amandes). Il constate qu'elle a une action stimulante. Employée à des doses fortes son action devient parfois nocive. Par contre les doses faibles n'offrent aucun inconvénient et, dans certains cas, peuvent être utilisées avec avantages pour le malade. Ses effets s'adressent moins aux signes généraux qu'aux signes locaux et activent la cicatrisation. La sédimentation globulaire s'améliore et l'examen du sang indique une stimulation réticulo-endothéliale. Dans le sérum sanguin on ne remarque pas d'augmentation quantitative des lipases. Ce traitement ne convient pas à tous les tuberculeux indifféremment. Le mécanisme de l'amélioration s'effectue probablement grâce à l'activation du système réticulo-endothélial et peut-être grâce aux petites obturations des capillaires pulmonaires.

Chez deux de ses malades, S. a constaté une tendance à la production de petites embolies pulmonaires.

FRIBOURG-BLANC.

**M. Bloch.** ***Atélectasie dans la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **13**, n° 5, Juillet-Août 1938, p. 417-454). — Dans un travail illustré de nombreuses observations, accompagnées de reproductions radiographiques, B. étudie les diverses formes d'atélectasie ainsi que les processus pathogéniques qui président à son origine.

L'atélectasie peut être directe ou indirecte, massive ou limitée. Dans la forme étendue, elle peut survenir à la suite d'une obturation bronchique par l'expectoration trop épaisse ou par un caillot formé au cours d'une hémoptysie. Le processus cicatriciel peut être également à l'origine de l'atélectasie par coudure d'une bronche dont la lumière est ainsi obstruée.

L'atélectasie focale est plus fréquente. Elle s'installe à la faveur de l'oblitération d'une bronche de calibre réduit. Chez l'enfant l'atélectasie peut survenir à la suite de la compression bronchique par les ganglions du hile. L'atélectasie peut survenir également au cours du pneumothorax artificiel et de la pleurésie séro-fibrineuse.

Le diagnostic de l'atélectasie doit être établi avec beaucoup d'attention et de circonspection en raison de la ressemblance des images radiologiques avec d'autres processus morbides et de la répercussion qu'il a sur le pronostic et le traitement.

FRIBOURG-BLANC.

### ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

**Sergius Morgulis.** ***Dystrophie musculaire d'origine alimentaire. Maladie par carence multiple de vitamine*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. 8, n° 3, 1939, p. 220-233). — Au cours de recherches sur la vitamine E, Gœttsch et Pappenheimer sont arrivés à provoquer chez le lapin et chez le cobaye une affection des muscles squelettiques très voisine de la dystrophie musculaire humaine, affection qui ne pouvait pas être guérie par la vitamine E. Par contre, comme M. le montra, l'association d'un facteur liposoluble et d'un facteur hydrosoluble, l'un et l'autre contenus dans le germe frais de froment, parvenait à guérir cette affection.

La fraction liposoluble peut être recueillie par épuisement, au moyen des solvants usuels des graisses. Elle existe dans l'huile commerciale extraite de germes de froment; elle est détruite par $FeCl^3$ éthéré; elle est très analogue comme distribution et propriétés à la vitamine E et on la trouve dans la fraction non saponifiable de l'extrait. D'autre part, le régime qui provoque la dystrophie musculaire manque de vitamine E. Il n'est donc pas impossible qu'il y ait identité entre cette vitamine et le facteur liposoluble.

Le facteur hydrosoluble est obtenu par traitement au moyen de l'éthanol à 7 pour 100, à chaud ou à froid, de germes de froment préalablement épuisés par l'éther de pétrole. L'acétone permet d'extraire à la fois le facteur hydrosoluble et le facteur liposoluble. La levure est une bonne source du facteur hydrosoluble qui semble d'ailleurs faire partie du complexe vitaminique B car on le retrouve également dans le son de riz, le lait, etc. Il ne s'agit cependant ni de la thiamine, ni de la riboflavine. Mais des analogies frappantes existent entre ce principe et la vitamine $B_4$ décrite par Reader, dont la carence provoque une débilité musculaire avec démarche spasmodique, position hanchée, etc.

Le régime utilisé dans ces expériences comprend 76 parties de germe de blé épuisé complètement par l'acétone, 8 parties de lard, 2 parties d'huile de foie de morue, 5 parties de sucrose, 5 parties de levure épuisée par une solution de $FeCl^3$ dans l'éther.

P.-E. MORHARDT.

# REVUE DES JOURNAUX

## PARIS-MÉDICAL

**E. Monteiro** (Sao Paulo). ***L'acalasie digestive*** (*Paris Médical*, t. **29**, n° 13, 1er Avril 1939, p. 278-286). — Ce néologisme dérive du grec et signifie étymologiquement « faute de relâchement ». Il a été employé d'abord à propos du méga-œsophage qui résulterait non pas d'un spasme, mais de l'absence de relâchement ou acalasie du sphincter cardiaque.

Au niveau de l'intestin, chaque cycle péristaltique élémentaire se compose d'une contraction accompagnée d'un double relâchement aux deux extrémités de la zone contractée. Dans certaines circonstances morbides, le mécanisme coordinateur se rompant, les sphincters manquent de répondre au stimulus péristaltique au moment nécessaire et restent contractés. L'acalasie: c'est le manque de relâchement d'un sphincter en présence d'un stimulus péristaltique.

L'acalasie du sphincter crico-pharyngien détermine le syndrome dysphagique de Plummer-Vincent et les diverticules pharyngiens de propulsion.

L'acalasie du cardia est responsable du méga-œsophage, de la pituite ou probablement du diverticule subphrénique ou épicardiaque.

On peut imputer à l'acalasie duodénale le méga-bulbe, le mégaduodénum total et quelques cas de diverticule duodénal.

Le manque de relâchement du sphincter iléocæcal engendre la stase iléale pathologique, l'acalasie des sphincters du gros intestin serait responsable du mégacolon total ou segmentaire.

L'étiologie serait représentée par des infections, des intoxications et l'avitaminose B 1 qui serait la cause la plus fréquente de l'acalasie.

Robert Clément.

## ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

**François Thiébaut. *Etude anatomo-clinique de la forme cérébrale de l'hypertension artérielle*** (*Annales de Médecine*, t. **45**, n° 3, Mars 1939, p. 184-216). — Ce syndrome a été décrit par J. Dereux sous le nom d'hypertension artérielle pseudo-tumorale. T. en reprend l'étude d'après quelques observations personnelles recueillies dans les service et laboratoire des professeurs Clovis Vincent et Leroux, et dont 6 sont relatées dans ce mémoire.

Cliniquement, le syndrome débute par des troubles nerveux, céphalée et troubles visuels surtout, dont la signification peut rester méconnue si on ne mesure pas la pression et ne pratique pas l'examen du fond d'œil. Puis le syndrome d'hypertension intra-cranienne se précise avec son trépied: céphalée, vomissements, stase papillaire, auquel se surajoutent des manifestations rénales et cardiaques. A la phase de tolérance succède la phase de décompensation conduisant à la mort en quelques mois, soit dans le coma, soit par des complications cardiaques ou vasculaires, avec poussée azotémique terminale.

T. précise les lésions anatomiques et discute les éléments du problème pathogénique. Il expose le traitement symptomatique appliqué chez des malades arrivés à un stade avancé de la maladie. En dehors des traitements médicaux usuels, il fait une large part au grand volet décompressif fronto-pariéto-temporal droit, qui a généralement été suivi d'une amélioration fonctionnelle importante. D'autres interventions chirurgicales portant notamment sur le rein, la surrénale, le splanchnique, le pédicule rénal, pourraient être envisagées chez des malades vus plus précocement.

L. Rivet.

**Paul Savy, Roger Froment** et **M. Jeune** (Lyon). ***Troubles cardio-vasculaires et myxœdème*** (Deuxième mémoire). ***Etude pathogénique et considérations thérapeutiques*** (*Annales de Médecine*, t. **45**, n° 3, Mars 1939, p. 216-232). — On peut observer dans le myxœdème deux ordres de perturbations cardio-vasculaires:

1° Celles dont l'état myxœdémateux est certainement et directement responsable et qui régressent et disparaissent sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne; ce sont, par ordre de fréquence: la diminution de voltage des tracés électrocardiographiques, un degré plus ou moins important d'hypertrophie cardiaque, quelques perturbations tensionnelles, beaucoup plus exceptionnellement quelques syndromes angineux; tous ces troubles sont de signification bénigne et aisément curables s'ils ne sont pas de date trop ancienne.

2° Celles qui, définitives et incurables, souvent même aggravées par l'opothérapie thyroïdienne, et donc de pronostic beaucoup plus sévère, ne sont qu'incertainement ou indirectement en rapport avec l'insuffisance thyroïdienne: ce sont les coronarites avec ou sans scène angineuse, avec ou sans infarctus du myocarde, des hypertensions importantes et stables, certains cas d'insuffisance cardiaque.

La pathogénie de ces troubles renferme encore de nombreuses incertitudes. Si l'infiltration tissulaire caractéristique de l'état myxœdémateux intervient très probablement dans la genèse de l'hypertrophie cardiaque, si les troubles de l'excitabilité neuro-musculaire ou du métabolisme cellulaire rendent sans doute compte des modifications du voltage électrocardiographique, en revanche le rôle de l'insuffisance thyroïdienne dans le déterminisme des lésions artérielles n'est encore que probable. La solution de ce dernier problème cependant serait de toute première importance tant pour l'appréciation exacte des méfaits de l'insuffisance thyroïdienne que pour celle du bien-fondé de la thyroïdectomie totale dans le traitement de l'angine de poitrine et plus encore pour la lueur qu'elle pourrait jeter sur l'étiologie et la pathogénie des troubles artériels dont presque tout est encore inconnu.

L. Rivet.

**G. Marinesco, Nicolas Vasilesco** et **H. Bruch. *Contribution à l'étude de la sclérodermie (à propos de 5 cas de sclérodermie dont l'un avec examen anatomo-pathologique)*** [*Annales de Médecine*, t. **45**, n° 4, Avril 1939, p. 241-265] .— Dans ce mémoire, qui comporte la relation de cinq observations personnelles, M., V. et B. discutent d'abord les diverses théories endocriniennes. Si l'on peut trouver dans la sclérodermie un trouble d'une ou de plusieurs glandes endocrines en hypo ou en hyperfonction, il n'y a pas là des éléments suffisants pour construire une théorie uni- ou pluriglandulaire.

L'importance des troubles et des lésions du système nerveux ne doit pas être négligée, notamment la participation du système végétatif. Il convient d'insister sur les lésions vasculaires, surtout des artérioles et des capillaires; il existe un processus d'artérite et de capillarite qui peut conduire à l'oblitération. Ce processus est au maximum au niveau des extrémités. La capillaroscopie montre des modifications des capillaires et de la circulation intracapillaire. Ces troubles vasculaires font partie du complexus de la maladie.

Il faut retenir un parallélisme entre les modifications cliniques favorables, le pléthysmogramme et la résistance électrique de la peau.

Au point de vue de l'évolution de la maladie, M., V. et B. relatent le rapport sérine-globuline et la quantité de cholestérine, trouvés dans trois cas. Il existe un parallélisme entre la forme et l'âge de la maladie et la composition du sang à ce point de vue.

Au point de vue étiologique, il faut tenir un compte important de la tuberculose qui, dans la sclérodermie, a une prédilection pour les séreuses. Le rhumatisme sclérodermique rappelle le rhumatisme type Poncet.

A l'origine de la sclérodermie on peut placer une toxi-infection chronique, surtout la tuberculose, avec une réaction appartenant surtout au tissu conjonctif. Les troubles des glandes endocrines (surtout l'hypophyse, les ovaires et les parathyroïdes) et du système nerveux végétatif, conditionnés aussi par cette toxi-infection, quoique très fréquents, sont contingents et expliquent les troubles vaso-moteurs et trophiques de la sclérodermie.

L. Rivet.

## ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES (Paris)

**M. Wiedersheim** (Sarrebruck), ***Nystagmus des mineurs*** (*Archives des maladies professionnelles*, t. **2**, n° 2, Mars-Avril 1939, p. 121 à 127). — Les différences quelquefois observées dans l'interprétation des tableaux cliniques du nystagmus des mineurs sont surtout attribuables, estime l'auteur, à la difficulté de l'observation et de l'enregistrement graphique. On se contentait, autrefois, de la palpation à travers les paupières ou de l'examen ophtalmoscopique de la macula. Actuellement, des graphiques plus précis sont donnés par la méthode de photonystagmographie. On commence par examiner dans l'obscurité, sur la cornée, 20 fois agrandie par le microscope cornéen, un point lumineux qu'y projette une source fixe à travers la perforation en tête d'épingle d'un écran; le chemin parcouru par ce point lumineux représente les oscillations de l'œil. Il suffit ensuite de photographier ce point en mouvement à l'aide du photonystagmographe. Cet appareil permet, la pellicule étant fixe, d'enregistrer des oscillations isolées de l'œil. Si la pellicule est animée d'un mouvement continu, on obtient une courbe de ces oscillations. La vitesse de la pellicule étant de 2 *cm.* par seconde, le nombre des oscillations sur une longueur de film déterminée permet d'établir la fréquence des oscillations par minute.

Dans le nystagmus, on doit considérer plusieurs éléments: la forme de l'oscillation, l'amplitude, la direction des oscillations, leur fréquence, leur régularité, le plan des oscillations, l'intensité des secousses palpébrales et corporelles concomitantes.

Parmi les causes du nystagmus des mineurs, la plus importante est la faiblesse de l'éclairage. Citons encore la lumière trop vive, les poussières

qui irritent les yeux, le regard en haut, qui est une cause moins fréquente qu'on le pensait autrefois. On a incriminé aussi la richesse en gaz toxiques et, parmi les causes internes, la prédisposition individuelle ou familiale.

D'après l'auteur, la fréquence du nystagmus chez les mineurs de la Sarre serait en moyenne de 5 à 10 pour 100. On peut espérer sa disparition complète par l'amélioration des conditions d'hygiène, surtout de l'éclairage, qui doit être parfaitement adapté au travail.

A. Feil.

### GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE (Paris)

**Edouard Rochet** et **Charles Ambre**. ***A propos du traitement chirurgical des péritonites diffusantes du post-abortum*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **39**, n° 4, Avril 1939, p. 273). — La péritonite diffusante consécutive à l'avortement n'est pas rare: pendant les trois dernières années, on en a observé 21 cas dans le seul service du Prof. Voron. On a opéré dans tous les cas, en pratiquant une laparotomie de cloisonnement et de drainage sans colpotomie, ni contre-incision, de façon à drainer et, aussi, à limiter la diffusion.

On intervient dès constatation des premiers signes de péritonite, dès le premier soupçon de péritonite diffusante, sans attendre l'apparition de la diarrhée, ni celle des vomissements. Les signes précoces qui imposent l'intervention sont la défense douloureuse de la paroi, le météorisme (signe moins banal dans les suites d'un avortement que dans les suites de couches normales), le signe de la couverture (la malade ne peut supporter le poids de la couverture ou le moindre frôlement de celle-ci sur l'abdomen). Par le toucher vaginal, il ne faut pas s'attendre à percevoir une collection caractérisée. Enfin, parmi les signes généraux, celui sur lequel il convient d'insister au maximum est l'altération du faciès.

La position de Trendelenburg est dangereuse, aussi se contente-t-on d'opérer la malade couchée à plat. On anesthésie au chlorure d'éthyle-éther. L'anesthésie locale a été utilisée une fois et n'a pas constitué une amélioration notable de la technique. Une laparotomie médiane sous-ombilicale, par une incision de 6 à 8 *cm.*, est habituellement très suffisante. A l'aide de grandes compresses, on isole le péritoine pelvien, de la grande cavité en haut et latéralement en direction des fosses iliaques, en refoulant très délicatement les anses intestinales et l'épiploon qui se présentent dans la grande cavité abdominale. On effondre, s'il y a lieu, les adhérences lâches qui peuvent former un toit discontinu au-dessus du Douglas. S'il existe des logettes purulentes entourant les organes génitaux, on doit les effondrer une à une. Enfin on apporte un soin extrême à l'isolement méthodique de la grande cavité par des compresses, avant de réaliser le drainage du péritoine pelvien. On glisse, derrière l'utérus, deux gros drains et, suivant l'abondance du pus, on peut y adjoindre une mèche de drainage que l'on place derrière eux. Il n'y a plus qu'à mettre en place un gros pansement superficiel sans rien suturer, si l'on a pris soin de ne pas faire une trop grande incision. En aucun cas, on ne doit procéder au déroulement des anses intestinales et à leur lavage au sérum artificiel.

Après l'intervention, la malade est placée en position de Fowler. On ne négligera pas le traitement médical adjuvant; sérum antistreptococcique, chimiothérapie antistreptococcique (si les médicaments ne provoquent pas de vomissements), mais, surtout, goutte à goutte rectal et sérum salé hypertonique intraveineux les premiers jours; médication sédative; tonicardiaques; réveiller le péristaltisme intestinal par les médicaments usuels. On ne touchera pas au drainage avant le 8e jour et on l'enlèvera progressivement entre le 8e et le 15e jour.

Six guérisons sur quatorze malades opérées, soit 43 pour 100 de guérisons.

Henri Vignes.

### LE NOURRISSON (Paris)

**A.-B. Marfan.** ***La toux bitonale dans la première enfance*** (*Le Nourrisson*, an. **27**, n° 3, Mai 1939, p. 133-145). — C'est en 1908 que le professeur Marfan a attiré l'attention sur un symptôme de compression de la trachée ou d'une grosse bronche: la toux bitonale. En 1913, puis en 1923, il consacra à ce symptôme des études étendues, soit seul, soit en collaboration avec Mme Dora Mantoux.

La toux bitonale peut être prise pour une vulgaire toux rauque, mais une oreille avertie reconnaît qu'elle est constituée de deux bruits distincts, l'un un peu grave et comme voilé, l'autre plus élevé. Cette toux peut persister jusqu'à la mort; elle peut disparaître au bout de quelques jours, elle peut être intermittente.

La toux bitonale s'observe au-dessous de 2 ans, surtout avant 1 an. Elle est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune. M. l'a entendue chez un enfant de 1 mois et demi. Elle est souvent associée à un bruit de cornage expiratoire, ou à prédominance expiratoire. Fait important: le cri du nourrisson reste normal.

La cutiréaction, l'exploration radiologique et les autopsies démontrent que la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques est la cause de beaucoup la plus fréquente de la toux bitonale. Les autres causes n'interviennent qu'exceptionnellement. Dans trois cas, M. a pu incriminer des ganglions atteints de lésions syphilitiques. Il pense que l'hypertrophie congénitale, dite essentielle, du cœur, est également capable de déterminer la toux bitonale.

La toux bitonale apparaît comme le symptôme d'une compression de la trachée ou d'une grosse bronche. C'est une toux de compression, sujette à varier comme cette compression elle-même. Seule ou associée au cornage expiratoire, la toux bitonale indique que la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques a revêtu la forme comprimante. Or, cette forme est le plus souvent très grave: elle est évolutive, progressive, se généralise et aboutit le plus souvent à la mort.

G. Schreiber.

### LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

**L. Genet.** ***Allergie dans les maladies oculaires*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 461, 20 Mars 1939, p. 189-207). — La nature allergique de certaines affections oculaires est prouvée par leur apparition en même temps que d'autres manifestations allergiques indiscutées. Elle se base aussi sur la constatation d'épreuves de sensibilisation et l'existence de phénomènes anaphylactiques au niveau de l'œil, au cours de l'expérimentation chez les animaux.

Les allergènes peuvent pénétrer dans l'organisme, soit par les muqueuses, soit par la peau, soit par le tube digestif.

L'œdème des paupières est une localisation fréquente de l'œdème de Quincke.

La conjonctivite allergique la plus connue est celle du rhume des foins, produite par les pollens, mais il en existe provoquées par les médicaments, notamment l'atropine, l'ésérine ou par des aliments. La conjonctivite printanière est une forme plus discutée et moins pure.

La conjonctivite phlycténulaire et la kérato-conjonctivite phlycténulaire sont considérées fréquemment comme une manifestation de l'allergie tuberculeuse.

Les conjonctivites neuro-allergiques seraient dues à une sensibilisation des terminaisons nerveuses conjonctivales du trijumeau due à une imprégnation des toxines tuberculeuses.

Certaines iritis et iridocyclites, certaines kératites, la kératite interstitielle syphilitique surtout, ont pu être considérées comme de nature allergique, mais la preuve de cette origine n'est pas encore faite. La nature allergique de l'ophtalmie sympathique est encore discutée.

L'endophtalmie phako-anaphylactique, provoquée par la résorption de débris cristalliniens, a été l'objet de recherches expérimentales contradictoires et son entité clinique n'est pas unanimement admise. L'œdème allergique paroxystique du globe oculaire est une affection rare, périodique, accompagnée parfois d'œdème de Quincke, d'urticaire et de migraine, et paraît due à une sensibilisation alimentaire.

Robert Clément.

### REVUE MEDICALE DE NANCY

**M. Perrin, P. Kissel, L. Pierquin** et **P. Gayet.** ***Importance du myélogramme pour le diagnostic et le pronostic des états de granulocytopénie sanguine*** (*Revue médicale de Nancy*, t. **67**, n° 7, 1er Avril 1939, p. 274-284). — L'image sanguine n'est parfois qu'un reflet infidèle de l'état des organes hématopoïétiques. L'examen de la moelle osseuse retirée *in vivo* par ponction sternale fournit alors des renseignements intéressants. Il permet de séparer plus précocement les granulocytopénies sanguines qui ne sont que des formes symptomatiques de la leucémie aiguë, affection toujours mortelle, des syndromes agranulocytaires, souvent curables.

Le myélogramme permet aussi un pronostic plus précis de l'agranulocytose.

Dans deux observations de leucémie aiguë, chez un enfant de 7 ans et chez un homme, dans lesquelles l'hémogramme montrait une anémie extrême avec agranulocytose, le myélogramme a montré qu'il s'agissait en réalité d'une leucose aiguë aleucémique.

Dans deux autres cas, chez un ouvrier de 36 ans, manipulant des produits chimiques et soumis à une intoxication médicamenteuse par le pyramidon et un barbiturique, et chez une femme de 31 ans, le myélogramme a confirmé le diagnostic d'agranulocytose vraie en montrant une moelle riche en myélocytes et surtout en promyélocytes.

Robert Clément.

### MAROC MÉDICAL (Casablanca)

**P. Fort, Ferry** et **Berge** (Casablanca). ***La pneumonie des noirs, traitée par le (para-amino - phényl - sulfamido - pyridine 693)*** [*Maroc Médical*, t. **19**, n° 201, Mars 1939, p. 83-87]. — Sept soldats indigènes, atteints de pneumopathie pneumococcique, la plupart des pneumonies vraies confirmées radiologiquement, ont été traités par le sulfamidopyridine « 693 ». 3 *g.* les deux premiers jours en trois prises espacées, 2 *g.* les deux jours suivants et 1 *g.* les cinquième et sixième jours, soit 12 *g.* en tout. On n'a pas constaté de phénomènes d'intoxication. Un des malades a reçu 42 *g.* en deux mois, par séries espacées, sans incident appréciable, malgré un ictère sévère à l'entrée.

Chez 6 des malades la chute de la température fut immédiate, de 12 à 24 heures après le début du traitement. Chez le septième, elle ne survint qu'après 48 heures. L'agent thérapeutique a agi avec la même promptitude quelle que soit l'époque à laquelle il a été utilisé.

La chute thermique s'est accompagnée d'une disparition parallèle de la tachycardie, de la dyspnée, de l'asthénie et de l'amélioration de l'état

général. La réalimentation devint rapidement possible.

Les images radiologiques s'atténuent rapidement, mais persistent assez longtemps.

Dans la plupart des cas, il s'agissait de pneumonies franches aiguës banales qui auraient guéri spontanément, même chez ces Sénégalais, par la simple expectation. Dans un cas seulement, la pneumonie était particulièrement grave chez un individu taré, porteur d'une splénomégalie et avec hémoculture positive. Le « 693 » avait été prescrit presque *in extremis* au sixième jour de la maladie. S'il n'a pas enrayé immédiatement la pneumococcémie, il a eu une action salutaire que l'on a pu constater à nouveau lors de petites poussées ultérieures. Quatre mois plus tard, parfaitement valide, il a pu être rapatrié; la splénomégalie, de nature indéterminée, persistant.

Robert Clément.

### DEUTSCHES MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

**Kalk et Frobenius.** ***Quelques observations cliniques et thérapeutiques au cours des congestions pulmonaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 65, n° 9, 3 Mars 1939, p. 321-324). — La fréquence des affections aiguës broncho-pulmonaires reste considérable: 50 à 57.000 décès annuels de 1934 à 1936 en Allemagne. Une courbe selon l'âge montre la broncho-pneumonie dominant à 1 et 2 ans, puis présentant un nouveau sommet de 45 à 70 ans; alors que la pneumonie franche atteint son maximum de 1 à 7 ans et de 20 à 35 ans.

Le déterminisme de ces deux manifestations dues au même agent est en relation avec le pouvoir de réaction individuel aux divers âges. En outre, il faut invoquer des facteurs de sensibilisation spéciaux pour la pneumonie qui apparaîtrait comme une maladie seconde, correspondant à une réaction hyperergique d'un organisme sensibilisé par une infection pneumococcique antérieure.

Les circonstances climatiques agissent aussi, en particulier chez les adultes: chute thermique avec relative humidité de l'atmosphère. Enfin, il faudrait invoquer le déficit vitaminique (vitamine C) qui constituerait un élément favorisant. En ce qui concerne le traitement, de bons résultats auraient été obtenus en combinant l'administration de vitamine C et de quinine simple ou combinée au calcium. Cette thérapeutique devrait être appliquée très précocement, dès le premier soupçon de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

G. Dreyfus-Sée.

**W. Bruhl.** ***Le choc insulinique, traitement curatif des affections cutanées allergiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 65, n° 9, 3 Mars 1939, p. 326-328). — L'insuline était administrée par voie intraveineuse à la dose de 10 unités. Le traitement fut appliqué au cours de poussées urticariennes, d'œdème de Quincke, d'eczéma. L'injection amenait habituellement une rapide régression des signes cutanés angio-neurotiques, et fréquemment la répétition des injections améliorait l'état allergique en diminuant la tendance aux récidives.

Le mode d'action de ces injections serait une sécrétion adrénalinique accrue secondairement par réaction. En outre, une action psychothérapique peut être soupçonnée et enfin on peut se demander si l'influence exercée par l'insuline sur les processus cellulaires hépatiques ne pourrait pas provoquer une véritable modification favorable du terrain allergique.

G. Dreyfus-Sée.

### MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

**Schneck.** ***La tuberculose des milieux oculaires et sa signification pour la connaissance de l'infection tuberculeuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 8, 24 Février 1939, p. 281-284). — Les progrès dans la technique d'examen oculaire, en particulier la lampe à fente de Gullstrand, et la connaissance des relations entre l'infection oculaire et les phénomènes d'immunité ont modifié les conceptions de la tuberculose des milieux de l'œil qui apparaît habituellement comme une métastase dont l'importance varie selon l'état d'immunité générale organique ou locale oculaire.

En dehors de quelques cas de primo-infection conjonctivale, il s'agit généralement de manifestations infectieuses d'origine éloignée, parvenues à l'œil par voie sanguine. Les affections pulmonaires tuberculeuses graves ne sont pas en cause, il s'agit habituellement de lésions minimes pulmonaires, de telle sorte que la localisation oculaire apparaît plus sérieuse que les lésions initiales pulmonaires. Les lymphatiques arrêtent les bacilles du foyer de primo-infection et seuls quelques rares bacilles peuvent franchir ce filtre pour passer dans la circulation; ultérieurement, lors de réinfection, une nouvelle bacillémie devient possible, expliquant les rechutes oculaires.

Les formes les plus habituellement observées sont les lésions d'iritis tuberculeuses, d'iridocyclite, de choroïdite, parfois de périphlébite des veines rétiniennes. Enfin, il faut signaler la participation de l'œil au processus généralisé de tuberculose miliaire. Quelques indications thérapeutiques générales et locales complètent cet article.

G. Dreyfus-Sée.

**Füscher.** ***Opération précoce des hernies ombilicales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 8, 24 février 1939. p. 288-289). — Il s'agit d'enfants naissant avec de volumineuses hernies ombilicales, véritables éventrations par lesquelles font issue des organes importants: foie, rate, estomac, intestin, parfois même saillie du cœur, à travers une hernie diaphragmatique coexistante.

Dans 2 cas graves, T. a opéré les nouveau-nés deux heures et une heure après la naissance, et les enfants ont parfaitement supporté l'intervention et ont eu des suites opératoires normales.

Cette méthode chez des sujets ne présentant pas d'autres malformations congénitales graves paraît présenter des avantages. Elle évite les accidents infectieux succédant à la nécrose toujours possible du sac herniaire constitué par le cordon ombilical.

Dans le traitement post-opératoire, il importe d'éviter l'occlusion intestinale réflexe par une administration abondante sous-cutanée et intra-rectale de solutions glucosées qui couvrent également les besoins aqueux du nouveau-né.

G. Dreyfus-Sée.

**Decker.** ***Observations cliniques sur l'emploi de la citrine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 86, n° 8, 24 Février 1939, p. 292-293). — La citrine découverte par Szent Gyorgyi est un flavon extrait du jus de citron. L'expérimentation sur les animaux a montré que cette substance, aussi nommée facteur P., avait une action sur la perméabilité et sur la résistance des capillaires.

Les recherches de D., entreprises d'accord avec Szent Gyorgyi ont fourni des résultats différents de ceux obtenus par les autres expérimentateurs.

Il a utilisé la citrine seule, puis la vitamine C isolée et enfin la combinaison des 2 substances (1 à 3 ampoules de citrine intramusculaire et intraveineuse et 100 à 500 mg. de cébion).

Les cas observés comportent 10 malades atteints d'affections rénales (1 néphrite chronique, 1 hématurie, 1 pyélocystite, et 7 glomérulo-néphrites hémorragiques). Le traitement améliora les signes fonctionnels (céphalées), mais n'agit en rien sur le nombre des globules rouges dans les urines. Trois autres observations ont été faites sur des malades atteints de diathèses hémorragiques, chez lesquels on a pu observer une influence nette du traitement combiné sur le temps du saignement et sur le nombre des hématoblastes.

Ainsi D. conclut que la citrine agit en diminuant le temps de saignement et en augmentant le nombre des plaquettes sanguines. Cette action n'est complète, réelle et rapide qu'après adjonction du traitement par la vitamine C. Aucune autre manifestation n'a été observée ni après administration orale, ni après injection intraveineuse.

G. Dreyfus-Sée.

**Kœnig.** ***Maladie des caissons au cours de la construction d'un pont d'autostrade*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*. t. 86, n° 10, 10 Mars 1939, p. 320-323). — A l'occasion du travail en caisson pendant la construction du pont sur le Havel, K. a pu observer plusieurs accidents survenus chez des ouvriers ayant une expérience déjà ancienne de ce travail. L'histoire de ces malades qu'il décrit en détail paraît instructive en ce qu'elle montre bien la symptomatologie des accidents et que par ailleurs elle présente un intérêt pratique pour les médecins qui auraient l'occasion d'être appelés dans des circonstances analogues.

Les symptômes essentiels chez le 1er accidenté étaient des douleurs musculaires et articulaires; celles-ci dominent le tableau clinique dans près de 62 pour 100 des cas, et surviennent environ une demi-heure après la sortie du caisson; l'intensité et la durée de ces douleurs sont variables, les réflexes sont plus souvent affaiblis qu'excités; chez le 2e malade existait un œdème aigu pulmonaire partiel avec expectoration mousseuse, rosée, dyspnée et cyanose. Chez les autres malades, ce sont surtout des accidents circulatoires et nerveux centraux qui témoignaient des troubles fonctionnels engendrés par l'hyperpression: collapsus parfois grave, cyanose, manque d'air, respiration irrégulière et troubles circulatoires périphériques, dominaient dans certains cas. Chez d'autres, c'étaient surtout des troubles nerveux: vertige, titubation, nystagmus, sudation brusque, vomissements. Ces divers symptômes pourraient être d'origine circulatoire, ou être provoqués par de petites embolies gazeuses, ou encore être d'ordre toxique (azote lipoïdique libéré sous l'influence de la pression).

Le traitement consiste à remettre le malade dans le caisson et à exercer une décompression lente. On le soumet à la pression qu'il avait supportée antérieurement sans troubles et on l'y laisse 1/4 à 1/2 heure puis on décompressionne très lentement. Cette thérapeutique doit être faite très prudemment, surtout chez des sujets sans connaissance chez lesquels on risquerait de provoquer des accidents graves.

G. Dreyfus-Sée.

### DIE MEDIZINISCHE WELT (Leipzig)

**W. Rieder.** ***Nouvelle conception sur l'endangiite oblitérante et son traitement*** (*Die medizinische Welt*, t. 13, n° 14, 8 Avril 1939, p. 479-482). — L'endangiite oblitérante est cliniquement caractérisée par des symptômes bien connus (fatigabilité rapide, claudication intermittente, douleurs vives des pieds et des mollets dans la position horizontale, etc.). Elle peut parfois persister des années, mais aussi avoir une évolution rapide. Elle n'est jamais due à une thrombose comme le montre le fait qu'elle s'observe presque exclusivement chez les hommes alors qu'elle est très rare chez les femmes. Cette affection n'est pas en relation avec un traumatisme puisque, sur 220 cas

d'accidents intéressant les pieds ou les jambes, aucun cas d'endangiite n'a été observé par R. comme séquelle de l'accident. Par ailleurs, il a été signalé des lésions analogues chez des ouvriers qui travaillent avec des outils à percussion à air comprimé. Néanmoins, les recherches poursuivies chez 250 ouvriers de l'industrie du fer dont 115 utilisaient des outils de ce genre, depuis plus de 10 ans, à raison de 8 heures et demie par jour ou davantage, ont montré qu'il n'y avait aucune raison d'admettre que ces sujets avaient une tendance à présenter de l'endangiite oblitérante des extrémités supérieures.

Parmi les poisons qui peuvent favoriser l'apparition de la maladie, figurent la nicotine, les infections, les thromboses, les gelures, les compressions des nerfs, etc.

Au point de vue thérapeutique, le traitement peut être purement conservateur (bains électriques, douches écossaises, massages, gymnastique, insuline, euphylline, padutine et papavérine).

Si ces méthodes ne donnent rien, la suppression des vasoconstricteurs doit être envisagée. Pour connaître les résultats qu'on peut espérer de cette méthode, il est nécessaire de faire transpirer le malade et de mesurer par le thermomètre cutané électrique le temps que mettent les mains et les pieds à répondre au réchauffement du tronc. Si ce réchauffement se fait normalement, on peut exclure une lésion organique. Néanmoins, certains spasmes vasculaires peuvent résister au réchauffement. Le mieux est donc de bloquer l'innervation par une injection de novocaïne. Cette injection a lieu, pour l'extrémité inférieure, dans le canal rachidien et doit déterminer une élévation de la température des membres inférieurs d'au moins 2 à 3° pour qu'on puisse espérer une amélioration. Quand cette réaction existe, on peut escompter 70 pour 100 de résultats satisfaisants durables.

L'intervention ne consiste pas à pratiquer la sympathectomie complète artérielle qui ne donne pas de résultats durables, mais à réséquer le sympathique lui-même ou les rameaux communicants de $C_6$ à $D_2$ ou le sympathique au-dessous de $D_2$ pour les extrémités supérieures; c'est la résection du sympathique de $L_3$ à $S_2$ qui est pratiquée pour les extrémités inférieures.

P.-E. Morhardt.

### THERAPIE DER GEGENWART (Berlin)

**Theodor Brugsch.** ***Cholérèse*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **80**, n° 2, Février 1939, p. 52-57). — L'organisme humain possède un pouvoir d'autorégulation réalisé notamment par les excrétions (urine, selles, sueur, etc.). Parmi ces excrétions il faut comprendre également la bile qui contient des produits terminaux du métabolisme. C'est là ce que B. lui-même a qualifié du nom de cholérèse, par analogie avec la diurèse. La cholérèse a d'ailleurs une importance qui approche de celle de la diurèse puisqu'elle atteint un volume quotidien de 600 à 1.000 $cm^3$ avec 16 à 35 *g.* de résidus secs (contre 55 à 70 pour l'urine), 2,6 à 18,2 *g.* de sels biliaires, etc. Si on représente l'excrétion biliaire par 1, celle de l'urine s'élève à 2 ou 3.

La bile peut se charger de principes étrangers et ainsi désintoxiquer l'organisme (syncholie) sans que ces poisons soient nécessairement modifiés. C'est là un processus de protection extrêmement important. D'ailleurs, beaucoup de poisons sont éliminés par le canal gastro-intestinal grâce à un phénomène d'entérotropie qui comprend la cholérèse et qui s'oppose à l'urotropie, fonction rénale. De même qu'il y a une différence entre l'urine telle qu'elle est émise, et le filtrat glomérulaire, de même il y a une différence entre la bile hépatique et la bile de la digestion. Celle-ci a été condensée par résorption dans la vésicule et mélangée à de la mucine. La cholérèse est continue. Elle n'est pas la même pour le lobe gauche et pour le lobe droit du foie. Quand la vésicule est pleine, la pression dans le cholédoque augmente et l'évacuation dans le grêle s'opère périodiquement au moment où le diaphragme, en position d'inspiration, comprime le foie et la vésicule. Le sphincter d'Oddi empêche moins la bile de passer dans le grêle que le contenu du grêle d'envahir le cholédoque. En outre, le grêle doit être considéré comme capable de traire le sphincter de telle sorte que toutes les substances qui stimulent la péristaltique du duodénum exercent une action cholagogue.

Pratiquement, il faut distinguer l'action cholérétique, à laquelle on ne peut pas renoncer, de l'action cholagogue qui peut parfois être évitée pour ménager la vésicule. On sait d'ailleurs, depuis Forsgren, que la cholérèse varie d'un moment à l'autre de la journée. Les repas agissent également sur elle. De plus, la cholérèse est toujours liée à la diurèse. Ainsi s'explique que l'acide déhydrocholique soit, en cas d'ascite, un excellent diurétique. La bile élimine avec le calcium des valences alcalines. Les acides biliaires évacués dans l'intestin à la dose quotidienne de 6 à 10 *g.* sont récupérés pour la plus grande partie puisqu'il ne s'en forme que 0,5 à 1 *g.* par jour. C'est des fonctions cholérétiques que dépend la digestion des graisses et le retentissement qu'un excès de graisse peut avoir sur l'estomac.

L'application de chaleur sur la région hépatique provoque de l'hyperémie locale et améliore la cholérèse. La respiration diaphragmatique exerce une action cholagogue qui est plus ou moins inhibée chez les obèses, sujets exposés, de ce fait, à de la stase vésiculaire. Parmi les cholagogues figure la sécrétine, fabriquée par la muqueuse duodénale; son principe actif est vraisemblablement l'histamine. Un repas riche en graisse constitue également un puissant cholagogue. Les solutions de sels de magnésie (30 pour 100) agissent surtout sur la péristaltique du grêle qui trait ainsi le sphincter d'Oddi. Tous les cholagogues sont en quelque mesure cholérétiques. Ce qui favorise la sécrétion chlorhydrique favorise indirectement la cholérèse. Parmi les cholérétiques du premier ordre figurent les acides biliaires, l'atophan et le salyrgan; la caféine et le radis noir ont des effets analogues. Parmi les cholérétiques indirects figurent les sels minéraux (magnésie, bicarbonate de soude). La cholérèse est indiquée en cas de foie chargé de graisse ou de foie de stase et d'insuffisance de la digestion gastrique. L'acide chlorhydrique, associé à la pepsine, peut alors se montrer fort utile. L'acide déhydrocholique est précieux dans les troubles de la digestion des graisses qui précèdent la cirrhose ou qui succèdent à l'ictère ainsi que dans la dyspepsie.

P.-E. Morhardt.

### THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

**L. B. Cox.** ***Traumatisme et tumeur intra-cranienne*** (*The medical Journal of Australia*, an. **26**, t. **1**, n° 7, 18 Février 1939, p. 256-259). — Dans une série consécutive de 150 cas de tumeur intra-cranienne, le traumatisme a été signalé au début des symptômes, dans 4 cas (2,6 pour 100) ou possible, dans 5 (3,3 pour 100).

Deux de ces tumeurs intra-craniennes étaient, à peu près certainement, présentes dans le cerveau au moment de l'accident. Dans l'une, l'étude histologique semble montrer que le traumatisme a produit des modifications dans la tumeur.

Dans 2 cas, les tumeurs ont été trouvées dans les régions où un choc sévère s'était produit. Dans l'un d'eux, il est probable que la tumeur suivit la blessure; dans l'autre cela est possible, quoi qu'il y eût une longue période entre le traumatisme et le début clinique. C'était une tumeur à développement lent.

La plus typique de ces observations concerne un homme de 30 ans, paraissant en parfaite santé, qui tomba d'une hauteur de 6 à 7 *m.*, sa tête frappant le sol au niveau de la région pariétale gauche. Il perdit la mémoire pendant 1 heure et demie, vomit, souffrit de maux de tête et, après un repos de 3 mois, reprit son travail. Cinq mois après l'accident, il eut une attaque d'épilepsie, débutant dans la jambe droite. Les crises d'épilepsie durèrent 3 ans et 8 mois. A la fin de cette période, une crise plus sévère s'accompagna d'hémiparésie droite. La tumeur envahissait la partie supérieure du sillon rolandique gauche et était un glioblastome évolutif.

Habituellement, quand des symptômes de tumeur intra-cranienne suivent un traumatisme de la tête, une tumeur était présente avant l'accident. La blessure peut rendre une tumeur plus maligne. Peut-être occasionnellement une tumeur peut-elle faire suite à un traumatisme.

Robert Clément.

**Norman Little** (Sydney). ***Atrophie de Sudeck*** (*The medical Journal of Australia*, an. **26**, t. **1**, n° 7, 18 Février 1939, p. 263-265). — Sous le nom d'atrophie de Sudeck on entend une dystrophie ostéo-articulaire post-traumatique qui peut faire suite à un traumatisme des extrémités. L'atrophie osseuse dans le voisinage et à distance de la blessure est l'élément principal auquel se joignent la douleur et l'impotence.

Le trouble principal siège au niveau des os et consiste en une décalcification progressive. Elle se fait d'abord irrégulièrement et donne lieu à un aspect tacheté. Ensuite, habituellement après plusieurs mois, l'aspect pommelé s'efface et est remplacé par ce que l'on appelle l'atrophie « vitreuse ». L'aspect trabéculaire disparaît et les os atteints sont représentés seulement par la couche corticale. Finalement dans les cas à évolution progressive les os se transforment en une masse informe et les ligaments sont calcifiés. Heureusement dans la plupart des cas, il y a une tendance à la guérison après le deuxième stade radiologique.

Ces altérations osseuses semblent en rapport avec une hyperémie elle-même sous la dépendance d'une névrite traumatique. Dans ce cas, le repos est indiqué au début. S'il n'y a pas d'amélioration, des injections d'alcool à 60 pour 100 au voisinage des nerfs atteints sont indiquées. Dans les cas rebelles, une section pré-ganglionnaire des fibres sympathiques pourrait être envisagée.

Robert Clément.

**H. C. Trumble** (Melbourne). ***Anastomose nerveuse dans le traitement de la paralysie faciale*** (*The medical Journal of Australia*, an. **26**, t. **1**, n° 8, 25 Février 1939, p. 300-302). — La paralysie faciale présente de multiples désagréments, notamment la salivation, et risque de se compliquer d'ulcère de la cornée. La restitution fonctionnelle complète ne peut être obtenue que lorsque les muscles paralysés sont de nouveau mis sous le contrôle des cellules nerveuses de la VII^e^ paire. En pratique, ce n'est pas souvent réalisable, surtout lorsque le nerf facial a été atteint dans le crâne. Il est nécessaire alors de s'adresser pour la greffe à une autre source telle que le nerf spinal accessoire ou l'hypoglosse.

Chez un garçon de 7 ans, une anastomose nerveuse hypoglosse faciale réalisée en Juin 1934 a donné un résultat très satisfaisant. Trois ans plus tard, les muscles de la face pouvaient se contracter volontairement. Il ne restait au repos qu'un léger aplatissement de la face et il ne paraissait pas gêné par la paralysie de la moitié droite de la langue. L'anastomose avait été faite 2 ans après la blessure du nerf facial.

La même intervention chez un homme de 34 ans, dont la paralysie faciale était consécutive à l'ablation d'un névrome acoustique, aboutit après quel-

ques mois à une diminution de la déformation, une amélioration générale du tonus de la face et la possibilité de contraction volontaire des muscles.

Cette anastomose hypoglosse faciale fut encore réalisée 2 fois avec succès. L'atrophie de la moitié de la langue ne semble pas gêner notablement les mouvements de cet organe.

Robert Clément.

### THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

**H. Kerr.** ***Les tumeurs du rein chez l'enfant*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 5, 4 Février 1939, p. 408-411). — F. discute dans cet article le traitement du sarcome du rein des enfants, affection d'une gravité telle qu'une survie de plusieurs années y est tout à fait exceptionnelle. Pour lui, le meilleur traitement est mixte, radiothérapique et chirurgical. On doit commencer par une irradiation intensive de la tumeur, et enlever le rein lorsque la tumeur a régressé au maximum du fait de la radiothérapie, c'est-à-dire un mois environ après et s'il n'y a pas de métastases osseuses. Les métastases pulmonaires ne sont pas une contre-indication formelle à l'intervention, car K. cite le cas d'un enfant encore vivant 50 mois après l'intervention, malgré l'existence de métastases pulmonaires qui cédèrent à l'irradiation. Sur 14 cas ainsi traités, 2 sont encore vivants et sans signes de récidive 59 et 52 mois après l'intervention.

R. Rivoire.

**L. von Meduna** et **E. Friedman.** ***Le traitement convulsivant des psychoses*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 6, 11 Février 1939, p. 501-509). — Dans cet article du plus haut intérêt, M. et F. font une étude statistique remarquable des résultats obtenus par le traitement au métrazol et au camphre-métrazol de la schizophrénie et les psychoses affectives. Cet article résume l'expérience mondiale de ce traitement, portant à l'heure actuelle sur plusieurs milliers de cas, avec des guérisons allant jusqu'à 60 pour 100 des cas dans la schizophrénie récente, avec des rémissions rapides dans 80 pour 100 des cas de psychoses affectives. La mortalité générale est inférieure à 1 pour 100.

Il est impossible de résumer cet article, que devront lire tous les psychiatres.

R. Rivoire.

**A. Knight** et **V. David.** ***Le traitement de la lymphogranulomatose inguinale par la sulfanilamide*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 6, 11 Février 1939, p. 527-529). — K. et D. rapportent deux cas de maladie de Nicolas-Favre à détermination rectale complètement guéris par la sulfanilamide. Il ne fait aucun doute que l'action des sulfamides sur la lymphogranulomatose est exceptionnellement bonne, et il n'est pas exagéré de dire que l'avènement de cette thérapeutique a complètement transformé le pronostic détestable de cette affection. Il semble d'ailleurs que le sulfopyridine ait une efficacité bien supérieure à celle de la sulfanilamide.

R. Rivoire.

**S. Crowe** et **J. Baylor.** ***La prévention de la surdité*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 7, 18 Février 1939, p. 585-590). — Ce très important travail résume les résultats obtenus en 15 ans de recherches par le laboratoire créé au Johns Hopkins Hospital pour l'étude des causes et des moyens de prévenir la surdité. De ces recherches il semble résulter que la plupart des surdités de l'adulte débutent dans l'enfance et résultent d'une occlusion incomplète des trompes d'Eustache par des nodules de tissu lymphoïde; cette obstruction détermine une rétraction de la membrane tympanique, une diminution de l'audition des sons hauts, et parfois une perte totale de l'audition par conduction osseuse. Si cette obstruction tubaire n'est pas traitée par radiothérapie avant l'âge de 15 ans, des altérations irréversibles de l'oreille moyenne surviennent, et la surdité peut en être la conséquence.

C. et B. concluent de leurs recherches que le nombre des surdités de l'adulte pourrait être réduit de 50 pour 100 si les enfants des écoles étaient examinés au nasopharyngoscope une fois par an, et traités par radiothérapie en cas d'obstruction lymphoïde des trompes.

R. Rivoire.

**H. Sweany** et **R. Klaas.** ***L'étude de la diffraction des rayons X appliquée à la pneumokoniose*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 7, 18 Février 1939, p. 610-614). — S. et K. ont mis au point une méthode d'analyse des poussières présentes dans le tissu pulmonaire basée sur l'étude de la diffraction des rayons X, méthode éminemment spécifique et sensible permettant un dosage exact même dans les tissus en contenant de très faibles proportions. On peut mettre en évidence ainsi dans les poumons la présence de quartz, de silice, de ciment, de charbon, de poussière d'os, d'apatite, etc. Cette méthode présente au point de vue médico-légal une valeur considérable, mais il est possible que son champ déborde bientôt ce domaine: en particulier, la recherche des poussières dans les crachats, que S. et K. sont en train de mettre au point, présenterait un gros intérêt diagnostique dans les pneumokonioses.

R. Rivoire.

**B. Silva** et **M. Elliot.** ***L'emploi de la sulfanilamide dans 1.625 cas de gonococcie chez l'homme*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 8, 25 Février 1939, p. 723-729). — Dans cet article du plus haut intérêt, S. et E. exposent les résultats d'un essai thérapeutique à grande échelle de la sulfanilamide dans la blennorragie de l'homme. La dose administrée fut variable, mais la plupart des cas furent traités par une très forte dose de 48 heures (5 *g.* par jour), suivie d'une dose d'entretien beaucoup plus faible (1 *g.* environ). Les résultats d'ensemble furent remarquables, se traduisant par une guérison beaucoup plus rapide, une diminution considérable de la fréquence des complications, et une disparition très précoce des rares cas d'orchite ou de prostatite. Les cas d'intolérance furent rares; en général il s'agissait d'éruption cutanée, d'hématoporphyrie ou d'insuffisance hépatique.

S. et E. concluent à l'action remarquable de cette thérapeutique, aussi active que l'hyperpyrexie artificielle, mais beaucoup moins dangereuse. Pour eux, l'avènement de la sulfanilamide dans le traitement de la gonococcie représente une date aussi importante que l'introduction du salvarsan dans le traitement de la syphilis.

R. Rivoire.

**R. Gross** et **J. Hubbard.** ***Ligature chirurgicale d'un canal artériel persistant*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 8, 25 Février 1939, p. 729-731). — G. et H. rapportent dans cet article le premier cas connu de ligature chirurgicale d'un canal artériel persistant. Il s'agissait d'une petite fille de 7 ans, présentant tous les signes cliniques du canal artériel, avec début de défaillance cardiaque: l'opération fut jugée légitime chez cette enfant, à cause de ce début d'hyposystolie, et aussi parce que la plupart des malades atteints de cette affection meurent précocement d'asystolie ou d'artérite pulmonaire. Sous anesthésie générale au cyclopropane, le médiastin fut abordé par voie entérolatérale, après résection du 3e cartilage costal. Un large canal artériel persistant fut découvert, et lié avec un fil de soie : dès la ligature effectuée, le thrill et le souffle bruyant disparurent, en même temps que la tension artérielle minima montait de 3 à 9.

Les suites opératoires furent très simples, et la guérison totale.

R. Rivoire.

### NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE (Chicago)

**P. N. Coryllos** et **Sara Bass.** ***Etude clinique comparative des anesthésiques dans 1.370 cas de chirurgie thoracique. Cyclopropane, Evipal, Avertine, Oxygène. Anesthésie régionale et locale*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. **39**, n° 6, 15 Mars 1939, p. 525-534). — Presque tous les malades soumis à la chirurgie thoracique sont des tuberculeux pulmonaires, 70 pour 100 ont des lésions bilatérales.

300 anesthésies au cyclopropane pour intervention thoracique ayant duré de 49 minutes à 2 heures 23, ont provoqué des convulsions et des secousses musculaires dans 8 cas. Chez 59 sujets (19,7 pour 100 des cas), il y eut une apnée plus ou moins prolongée qui nécessita 6 fois des insufflations buccales. Les vomissements furent fréquents; il y eut encore comme complications une parotidite aiguë, une rétention d'urine et un choc plus ou moins marqué dans 15 pour 100 des cas. La mort survint de quelques minutes à 30 jours après l'opération chez 22 sujets.

100 anesthésies au cyclopropane pour des opérations d'orthopédie donnèrent dans 7 pour 100 des cas de l'apnée et 7 pour 100 de mortalité.

La mortalité la plus élevée se produisit après l'anesthésie à l'avertine (8,4 pour 100) et la plus faible avec l'évipal (6,4 pour 100). Les différences dans le taux de la mortalité sont peu différentes avec le cyclopropane, les anesthésies locales ou paravertébrales.

Les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes, le détail des incidents, des complications et des causes du décès sont exposés pour chacun des modes d'anesthésies, 226 à l'avertine, 605 à l'évipal. 27 cas choisis à l'anesthésie locale et paravertébrale. Au cours de ces dernières, 10 fois les patients se plaignirent de douleurs et une fois, il fut nécessaire de compléter l'anesthésie. 6 fois, la cyanose fut telle qu'elle nécessita l'administration d'un mélange d'oxygène et de gaz carbonique.

Robert Clément.

### ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

**Jack D. Kirshbaum** et **A. H. Rosenblum** (Chicago). ***Thyroïdite suppurée intra-thoracique*** (*Archives of Surgery*, vol. **36**, n° **5**, Mai 1938, p. 867-873). — Une femme de 27 ans entre avec les signes d'une pneumonie de la base droite. La maladie s'aggrave progressivement. Une radiographie montre un foyer pulmonaire et en même temps une ombre médiastinale supérieure, large et de contours assez nets, analogue à celle d'une tumeur enkystée du médiastin supérieur. La mort survient et l'autopsie permet de constater une broncho-pneumonie lobaire droite en voie d'amélioration et un volumineux goitre endo-thoracique en pleine suppuration dans l'intérieur duquel les coupes permettent d'identifier le pneumocoque. Il s'agit donc d'un cas très rare de suppuration d'un goitre endo-thoracique; celle-ci ne semble pas être venue comme il est la règle par la voie sanguine, il semble au contraire que l'infection du goitre se soit faite par contiguïté, l'autopsie ayant montré au surplus que la tumeur thyroïdienne était adhérente à la plèvre.

F. d'Allaines.

### RADIOLOGY
### (Syracuse)

**J. V. Blady** et **A. F. Hocker.** ***Les applications de la sialographie dans les affections non néoplasiques de la parotide*** (*Radiology*, t. **32**, n° 2, Février 1939, p. 131-141). — L'emploi de la sialographie, c'est-à-dire l'opacification par le lipiodol des canaux excréteurs de la parotide, ou des glandes sous-maxillaires, constitue un progrès notable dans l'étude des affections de ces organes en permettant de rendre visible tout le système canaliculaire.

B. et H. ont étudié par ce procédé 38 cas d'affections non néoplasiques de la parotide (parotidites aiguës et chroniques, parotidite post-opératoire, infections extra-parotidiennes, fistules salivaires, lithiase, rétrécissement du canal de Sténon, maladie de Mikulicz, xérostomies, réfection canaliculaire).

Après un rapide exposé de la technique, dont ils ont donné les détails dans *Surgery, Gynecology and Obstetrics* de Décembre 1938, B. et H. passent en revue les caractéristiques radiologiques des affections qu'ils ont étudiées, et cela en même temps que les signes cliniques.

1° *Parotidites aiguës suppurées:* l'aspect varie avec le degré des altérations dues à l'infection (en général ascendante, après intervention chirurgicale, au cours d'infections généralisées, infections dentaires, anorexie): au début, l'on observe une distension ou un aspect en chapelet du canal, les deux aspects pouvant coexister, dus à la présence de pus ou de débris floconneux; quant à la glande elle-même, elle présente de petites dilatations alvéolaires qui, comblées de lipiodol, prennent un aspect en gouttes; par la suite, ces lésions peuvent coalescer et prendre une apparence kystique. 2° *Parotidites chroniques récidivantes:* les manifestations radiologiques peuvent être les mêmes que dans le cas précédent; le canal de Sténon est en général dilaté avec un aspect en chapelet; les portions lésées de la glande se présentent sous forme de gouttes opaques ressemblant aux images de dilatation des bronches, et parfois toute la glande peut présenter cet aspect. Des images analogues à celles que nous venons de décrire peuvent s'observer dans les parotidites épidémiques et dans les cas d'abcès miliaires de la glande. 3° *Obstructions du canal* (du fait de la lithiase, de rétrécissement, de cause extrinsèque). Les diverses causes d'obstruction donnent des aspects différents. Les *calculs* ne sont pas toujours opaques aux rayons, et de petits calculs peuvent d'ailleurs échapper à l'examen radiologique; si divers procédés permettent parfois de déceler ces calculs, B. et H. pensent que la sialographie ne suffit pas à mettre en évidence les calculs de la glande, alors que ceux du canal se traduisent par une image lacunaire et une dilatation parfois très accusée de la région en amont; les phénomènes inflammatoires qui accompagnent la lithiase présentent les mêmes aspects que décrits ci-dessus. L'injection de lipiodol met en général nettement en évidence les *rétrécissements* ou *sténoses du canal de Sténon*, qu'il s'agisse de sténose complète (portion limitée du canal visible), ou de rétrécissement (canal rétréci, avec dilatation en amont); des signes analogues existent en cas de *causes extrinsèques.* 4° La sialographie est particulièrement indiquée en cas de *fistules* où elle dessine aussi bien le point de départ de la fistule que ses ramifications. 5° Les sialogrammes de la *xérostomie*, ou aptyalisme, sont caractéristiques: calibre particulièrement réduit du canal, quantité infime de lipiodol, soit 1 $cm^3$, permettant la diffusion du liquide opaque dans tout le parenchyme glandulaire. 6° Dans le cas qu'ils ont observé de *maladie de Mikulicz*, B. et H. ont constaté que le canal était de dimensions normales et que 1.25 $cm^3$ de lipiodol suffisaient à diffuser dans le parenchyme glandulaire. 7° Dans les *affections extrinsèques*, les sialogrammes peuvent mettre en évidence, soit des lésions destructives, soit des déformations ou déplacements périphériques du canal de Sténon ou de ses ramifications.

Morel Kahn.

### RINASCENZA MEDICA
### (Naples)

**E. Caminiti Manganaro** (Messine). ***Données expérimentales sur un nouveau procédé technique de préparation d'un lambeau cutané tubulé en chirurgie plastique*** (*Rinascenza medica*, t. **16**, n° 1, 15 Janvier 1939, p. 11-12). — M. a mis au point sur les lapins un nouveau procédé de préparation d'un lambeau cutané tubulé, le procédé de la fixation du pli cutané: on fait dans un premier temps un pli de peau de la longueur voulue qu'on fixe par une série de points séparés le traversant de part en part au niveau de sa base; dans un second temps, au bout de 4 ou 5 jours, on fait une deuxième suture parallèle à la première et située quelques millimètres au-dessus; cette deuxième suture est également à points séparés prenant toute l'épaisseur du pli, mais les points sont beaucoup plus rapprochés que dans la première; on a soin de ne pas faire de points aux deux extrémités du pli qui serviront de pédicule; au niveau du pli, on note après la seconde suture un œdème peu important mais la température locale ne s'abaisse pas ou seulement dans une faible proportion et la sensibilité persiste bien qu'un peu atténuée; en trois jours environ, ces modifications toujours discrètes disparaissent, puis on constate la formation d'une zone linéaire de nécrose d'origine mécanique susjacente à la seconde suture; cette nécrose sépare le lambeau de sa base et se cicatrise peu à peu; au bout de trois semaines, la cicatrisation est terminée et l'on a un lambeau cutané tubulé en bon état de nutrition que l'on peut utiliser dès ce moment en sectionnant un des pédicules et en le greffant au point voulu. Cette méthode mériterait d'être essayée en clinique humaine chez les sujets ayant un pannicule adipeux peu développé.

Lucien Rouquès.

### GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
### (Milan)

**A. Previtera** (Milan). ***La réaction de Weltmann dans les maladies du foie d'ordre chirurgical*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. **59**, n° 42, 16 Octobre 1938, p. 1035-1043). — On sait que la réaction de Weltmann est basée sur la recherche de la coagulation et de la floculation par la chaleur de dilutions de sérum sanguin dans des solutions chlorurées calciques de teneur décroissante; d'après certains auteurs, elle aurait une valeur indiscutable comme test de l'insuffisance hépatique; les conclusions de P., basées sur l'étude de 45 malades atteints de maladies du foie et des voies biliaires, vont à l'encontre de cette opinion; ayant pratiqué chez ses malades cette réaction et d'autres épreuves fonctionnelles, ayant fait également chez certains une biopsie du foie, P. a constaté que, tout en étant un indice très sensible de la valeur fonctionnelle globale du foie, la réaction de Weltmann ne méritait pas d'être utilisée en pratique courante car elle manque d'électivité; de nombreuses causes d'erreur extra-hépatiques l'influencent, en particulier les processus morbides intercurrents; mais si certaines de ces causes d'erreurs sont connues, d'autres restent imprévisibles. Il n'y a pas de réaction permettant, à elle seule, d'apprécier l'état fonctionnel des cellules hépatiques et il faut étudier plusieurs des fonctions de l'organe.

Lucien Rouquès.

**G. Braghia** (Padoue). ***Au sujet de la nouvelle réaction de Mester pour le diagnostic de l'infection rhumatismale*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. **60**, n° 2, 8 Janvier 1939, p. 27-35). — D'après Meister, si on fait chez un sujet atteint d'une affection de nature rhumatismale 5 injections intradermiques de 1/5 de $cm^3$ d'une solution aqueuse d'acide salicylique à 1 pour 1.000, on observe au bout de 30 minutes et plus rarement d'une heure une diminution de 15 à 50 p. 100 du nombre des leucocytes. D'après les recherches de B., la réaction de Meister est positive dans tous les cas d'infection rhumatismale, et cela indépendamment de la localisation, de l'extension, du caractère actif ou non du processus; elle est spécifique car elle est négative chez les sujets sains et chez les sujets atteints d'autres affections. Cette réaction est donc excellente pour le diagnostic des affections rhumatismales, mais elle ne permet pas de reconnaître s'il s'agit d'une affection en activité ou d'une affection antérieure, même lointaine; la réaction de Meister mérite d'entrer dans la pratique courante; voisine des réactions anaphylactiques, elle doit avoir dans le groupe des phénomènes de choc une place à part, comme la réaction hémoclasique d'Amato pour la syphilis dont elle est voisine.

Lucien Rouquès.

### POLSKA GAZETA LEKARSKA
### (Varsovie)

**K. Lewkowicz.** ***Tuberculose généralisée aiguë maligne. Néphrite tuberculeuse diffuse avec prédominance glomérulaire. Néphrite tuberculeuse hémorragique bénigne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **17**, n° 40, 2 Octobre 1938, p. 797-802). — L. rapporte l'observation d'un enfant de 11 ans dont les antécédents personnels sont chargés de plusieurs épisodes de nature tuberculeuse : 1° Un processus aigu à la suite duquel l'enfant reste fragile et tousse. 2° Deux ans plus tard une poussée d'érythème noueux accompagné d'infiltration splénopneumonique. 3° Une nouvelle atteinte, survenant 22 mois après la précédente, et se traduisant par un foyer d'infiltration splénopneumonique, une néphrite aiguë, une réaction méningée, des signes inflammatoires locaux de l'œsophage aboutissant à la dilatation. Toutes ces manifestations relevaient de la même origine: infection septicémique tuberculeuse. La réaction à la tuberculine indiquait une sensibilisation extrême de l'organisme.

Une étude anatomo-pathologique très approfondie et appuyée par de très belles microphotographies fournit à L. les bases de l'interprétation de cette observation. Le processus tuberculeux qui s'est révélé sous une forme exceptionnellement aiguë a conduit le malade à la mort dans un bref délai au milieu des signes de néphrite aiguë hémorragique et pyogène.

Cette observation peut servir d'exemple de tuberculose inflammatoire septicémique où la gravité de l'évolution doit être attribuée, non pas à l'action de la toxine, mais au bacille tuberculeux lui-même et aux caractères des réactions cellulaires. L'évolution de ce processus et sa nature offrent dans leur parallélisme avec l'érythème noueux un exemple typique du processus septicémique aigu de nature tuberculeuse. La raison de la gravité de la dernière manifestation tuberculeuse du petit malade peut être attribuée à l'épuisement fonctionnel et anatomique du système histiocytaire. L'extrême sensibilisation à la tuberculine du malade, traduisant la discordance entre la sensibilisation tuberculeuse et l'immunisation, prouve que cette dernière n'est pas une réaction humorale mais cellulaire, car elle dépend avant tout de l'acuité vitale des cellules du système histiocytaire.

Dans les septicémies tuberculeuses, trois modalités de réactions histiocytaires sont à envisager: 1° La première s'exprime dans l'érythème noueux où le système histiocytaire jouit de toute son activité et, grâce à l'action proliférante des cellules mononucléaires, réduit les bacilles à l'état de gra-

nulations acidophiles qui finissent par être résorbées. 2° La deuxième éventualité, moins favorable, peut être figurée par les processus rhumatoïdes. Le système histiocytaire agit ici uniquement par les cellules mononucléaires. La destruction des bacilles n'est pas complète. Le processus est prolongé avec tendance à la chronicité. 3° Enfin, dans les cas les plus défavorables, le système histiocytaire ne réagit pas et abandonne la défense de l'organisme aux neutrophiles non adaptés à ce genre de lutte.

La néphrite tuberculeuse peut se manifester sous une forme bénigne. A titre de démonstration, L. en rapporte une observation avec issue favorable.

Fribourg-Blanc.

**A. Steinhardt.** ***Pathogénie et traitement de l'agranulocytose par la vitamine C*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **18**, n° 13, 26 Mars 1939, p. 284-285). — S. rapporte l'observation d'un cas d'agranulocytose survenu à la suite d'une poussée grippale. Devant l'échec du traitement symptomatique, S. essaya de combattre cette redoutable complication par la vitamine C, sous forme de « Redoxon Roche ». L'acide ascorbique jouit effectivement de propriétés appréciables pour lutter contre les états infectieux. C'est un catalyseur puissant. Il active l'action des ferments et agit sur le maintien de l'équilibre sanguin et l'ensemble du fonctionnement de la moelle osseuse. De plus il possède des propriétés antitoxiques et anti-infectieuses. Dès le début de l'institution du traitement par la vitamine C, une amélioration nette s'est manifestée. Elle s'est poursuivie jusqu'à la guérison complète. Au vingtième jour du traitement, la malade a pu quitter le service hospitalier.

Fribourg-Blanc.

**E. Czarnecki** et **M. Rubinsztejn.** ***L'action cholagogue de l'α-dinitrophénol*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **18**, n° 14, 2 Avril 1939, p. 307-310). — S'inspirant des constatations faites par de nombreux auteurs au sujet de la nocivité de l'action de l'α-dinitrophénol sur le parenchyme hépatique au cours du traitement de l'obésité, C. et R. s'attachent à étudier l'effet de cette médication employée à des doses faibles n'entraînant aucun effet toxique dans l'organisme.

L'expérimentation est faite sur 19 chiens spécialement préparés pour pouvoir suivre l'écoulement de la bile à sa sortie du cholédoque et en mesurer la quantité. Les doses de dinitrophénol variaient de 0,001 mg. par kilogramme du poids de l'animal à 0,010 mg.

Il résulte de cette étude que: 1° Le dinitrophénol exerce chez le chien une puissante action cholagogue. 2° Cette action se manifeste déjà à des doses suffisamment faibles pour ne pas entraîner d'élévation thermique. 3° La sécrétion biliaire est la plus abondante et la plus rapide lorsque l'α-dinitrophénol est administré par la voie buccale. Administré par la voie intraveineuse et surtout en injections intramusculaires cette action est moins rapide. 4° L'action cholagogue de l'α-dinitrophénol est absolument indépendante de son action sur la température et la respiration. 5° Par contre, elle est influencée par l'état général de la nutrition de l'animal d'expérience.

Fribourg-Blanc.

## *ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)*

**T. Lindquist** (Upsal). ***Recherches sur la vitamine A chez l'homme*** (*Acta Medica Scandinavica*, suppl. **97**, 1938, p. 314). — Après avoir résumé nos connaissances sur la vitamine A et ses propriétés, L., dans la première partie de ce mémoire, traite le problème de la détermination du taux de la vitamine A chez un individu donné et chez un groupe d'individus. Quatre méthodes se présentent: détermination de la teneur en vitamine A du régime alimentaire pendant un temps prolongé; recherche des symptômes de déficience en vitamine chez le sujet examiné, et particulièrement de l'héméralopie; mesure de la teneur du sérum en vitamine A; dosage de cette vitamine dans le foie, méthode inapplicable chez le sujet vivant. Avec les trois premières méthodes la frontière entre chiffres normaux et pathologiques n'est pas suffisamment tranchée pour qu'il soit possible de dire si le taux de vitamine A d'un sujet est satisfaisant ou non. L. a pensé qu'en déterminant simultanément chez un grand nombre de personnes la capacité de voir avec un éclairage réduit et le taux de vitamine A de leur sérum, on pourrait établir les limites du normal et du pathologique pour ces deux méthodes d'examen.

Après avoir fourni les preuves de la valeur de l'héméralopie comme test indiquant un taux insuffisant de vitamine A et énuméré les autres états qui peuvent s'accompagner d'héméralopie, L. fait la critique des méthodes employées jusque-là pour rechercher l'héméralopie dans les collectivités, méthodes qui sont insuffisamment sûres. Il expose ensuite la sienne qui comporte la détermination du « minimum perceptible » lumineux après adaptation d'une demi-heure dans l'obscurité selon la technique de Gullstrand et la détermination du « minimum distinguible » lumineux au moyen du scotopticomètre. Ses recherches ont porté sur 337 sujets. L. traite ensuite des méthodes de détermination de la vitamine A dans le sérum. Rejetant la détermination biologique, trop onéreuse et exigeant trop de temps, ainsi que la méthode spectrophotométrique, trop peu précisée encore pour être d'un usage courant, il a opté pour la méthode colorimétrique dont il a cherché à déceler les causes d'erreur pour y remédier. Il a adopté la technique de Van Ecklen-Emmerie qu'il décrit dans le détail et dont il a pu vérifier la supériorité sur toutes les autres.

Il a examiné ensuite le rapport qui existe entre le « minimum perceptible » lumineux et le taux du sérum en vitamine A. Un examen sommaire montre déjà qu'avec un taux de vitamine supérieur à 100 unités par 100 $cm^3$ le « minimum perceptible » est indépendant de la teneur en vitamine. On constate, chez les sujets ayant ce taux supérieur de vitamine A, l'influence de l'âge sur les chiffres du « minimum perceptible » qui croissent avec l'âge. Ces chiffres ne varient que très peu chez le même sujet à des examens successifs si entre temps le taux de vitamine est resté satisfaisant. Examinant ensuite les cas où l'on trouve un taux de vitamine inférieur à 100 unités par $cm^3$, L. a vu qu'il existe une limite très nette au-dessous de laquelle il y a régulièrement de l'héméralopie et au-dessus de laquelle on ne trouve que des chiffres normaux pour le « minimum perceptible »; cette limite est autour de 70 unités par 100 $cm^3$ de sérum. Les chiffres inférieurs doivent donc être considérés comme pathologiques. L. compare ensuite les données fournies par la recherche du « minimum distinguible » avec le taux de vitamine du sérum. Ce minimum est lui aussi indépendant de la teneur en vitamine quand celle-ci dépasse 100 unités par 100 $cm^3$. Les chiffres croissent également avec l'âge. Avec cette méthode il n'est pas possible de délimiter exactement ce qui est pathologique; néanmoins on rencontre, semble-t-il, des chiffres pathologiques quand le taux de la vitamine A s'abaisse au-dessous de 70 unités par 100 $cm^3$ de sérum.

Un supplément de 50.000 unités par jour donné à de jeunes adultes ne modifia pas le taux de la vitamine dans le sérum; il est probable que ces sujets avaient déjà atteint le taux maximum de vitamine avant cette adjonction.

Dans la seconde partie du mémoire, L. examine le métabolisme de la vitamine A dans les divers états pathologiques. Il indique les faits qui ont conduit à faire incriminer un taux insuffisant de vitamine comme cause de certaines affections et à faire regarder les troubles dans le métabolisme de la vitamine A comme la conséquence de diverses maladies.

L. étudie particulièrement le problème de la vitamine A et des maladies infectieuses, exposant ses recherches qui portent spécialement sur la pneumonie, où l'on constate une forte diminution du taux de la vitamine A pendant toute la période d'état, suivie d'une rapide réascension à la convalescence. Comme le foie des sujets ayant succombé renferme de grosses quantités de vitamine A, on ne peut incriminer une teneur insuffisante de l'organisme. L'ingestion d'une forte dose de vitamine A rétablit son taux normal dans le sérum et amène une amélioration clinique indiscutable. Pendant la période fébrile de la pneumonie on trouve dans l'urine de grandes quantités de vitamine A. Dans diverses autres maladies infectieuses on retrouve cette hypovitaminémie durant le stade aigu ainsi qu'une excrétion exagérée par l'urine, mais ces modifications sont moins accusées que dans la pneumonie.

L. a étudié également le comportement de la vitamine A dans les affections du tube digestif. On en trouve un taux satisfaisant dans l'ulcère gastro-duodénal et l'on ne saurait invoquer une hypovitaminose A à l'origine de cette maladie. Dans l'achylie le taux est également satisfaisant. Dans l'entérite on peut parfois constater des chiffres faibles, mais en général ils sont normaux et l'administration de vitamine A en supplément n'est pas non plus indiquée.

Les recherches de L. sur les relations entre la vitamine A et les affections hépatiques ne permettent pas de penser que le manque de vitamine A soit la cause de l'héméralopie constatée dans ces affections. Il se produit une excrétion urinaire de vitamine A dans certaines maladies du foie et des voies biliaires, excrétion qui est plus fréquente et plus marquée dans les ictères par rétention que dans l'ictère d'origine parenchymateuse.

Dans la maladie de Basedow il existe souvent de l'hypovitaminémie A; le traitement iodé et l'opération font remonter rapidement les chiffres à la normale. Dans le myxœdème, le taux de la vitamine A est souvent augmenté. Dans le diabète les chiffres trouvés sont normaux. Dans l'acidose il y a excrétion de vitamine A par l'urine. Si l'on trouve un taux normal dans les néphrites aiguës, il est souvent augmenté dans les néphrites chroniques. Il est normal dans les néphroses. L. discute longuement la pathogénie de l'excrétion exagérée de vitamine A par l'urine.

P.-L. Marie.

**W. Kerppola** (Helsingfors). ***Symptômes de débilité hypophysaire chez des sujets ayant un poids inférieur à la normale*** (*Acta Medica Scandinavica*, t. 99, n° 4, 27 Mars 1939, p. 287-297). — K. a examiné du point de vue fonctionnement hypophysaire 40 sujets d'un poids inférieur à la normale, dont la maigreur ne paraissait conditionnée par aucune affection fondamentale déterminant de l'amaigrissement. Il a pu mettre ainsi en évidence d'assez nombreux symptômes isolés que l'on retrouve dans les états de débilité hypophysaire: courbe de glycémie basse après ingestion de glycose, lymphocytose relative et tendance à l'hypochlorhydrie dans la moitié des cas; selle turcique relativement petite, anémie légère et granulocytopénie dans un tiers des cas. Il existait des troubles de la menstruation, une insuffisance de taille et un métabolisme basal abaissé chez un petit nombre des sujets examinés. La fréquence de ces symptômes n'est pas en rapport avec le degré de l'insuffisance de poids. On ne rencontra un ensemble de symptômes relevant d'une débilité hypophysaire que sous une forme très atténuée et dans de rares cas. Toutes les formes de transition sont représentées chez ces sujets entre l'état normal et le tableau de la débilité hypophysaire.

P.-L. Marie.

## ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

**V. Thomsen** (Copenhague). ***Recherches sur le traumatisme et le métabolisme hydrocarboné. Existe-t-il un diabète traumatique?*** (*Acta Medica Scandinavica*, suppl. **91**, 1938, p. 416). — Pour résoudre cette question qui fut si controversée, T. a étudié de façon très approfondie l'influence du traumatisme sur le métabolisme hydrocarboné chez 144 sujets accidentés. Tenant compte de nos conceptions actuelles sur la régulation de la glycémie, il a essayé de montrer comment les troubles décelés peuvent prendre naissance et il a appuyé son opinion sur des expériences faites avec l'ergotamine chez les blessés. Il a pu établir ainsi que les troubles post-traumatiques du métabolisme hydrocarboné consécutifs aux traumatismes craniens et aux traumatismes périphériques ont pour origine un réflexe qui suit le système sympathique. Une série d'expériences sur l'animal corrobore cette conception. Cette pathogénie, confrontée également avec nos notions sur le système nerveux végétatif, explique naturellement que, chez les sujets normaux tout comme chez les diabétiques, les troubles se rencontrent surtout chez les sujets âgés et que des traumatismes de même ordre puissent susciter des réactions post-traumatiques variables chez des individus différents.

A la lumière de ses résultats, T. discute ensuite la question de l'existence du diabète traumatique, en faisant ressortir les côtés obscurs des conceptions de von Noorden-Umber et de van den Bergh-Stern. Il développe les opinions suivantes qui diffèrent notablement de celles qui règnent actuellement:

1° Si des traumatismes physiques, les traumatismes directs du pancréas mis à part, sont capables de provoquer un diabète, cette propriété doit être attribuée à tout traumatisme, quelle que soit sa sorte et son siège.

2° Chez l'homme, il n'existe nul indice clinique ou expérimental justifiant la supposition que les troubles sympathiques post-traumatiques du métabolisme hydrocarboné puissent conduire au diabète.

3° Puisqu'un traumatisme physique peut seulement donner lieu à une aggravation passagère d'un diabète existant, on ne peut pas penser qu'il peut « activer » un diabète, c'est-à-dire déterminer une exacerbation permanente d'un diabète latent. T. admet que le traumatisme, si le trouble sympathique du métabolisme hydrocarboné qui en découle s'ajoute au trouble pancréatique préexistant, peut donner lieu à une glycosurie passagère et ainsi rendre possible le diagnostic d'un diabète existant jusque-là à l'état latent.

4° T. montre qu'il n'est pas admissible de prétendre qu'un diabète est traumatique parce qu'un patient n'a pas présenté auparavant de symptômes diabétiques.

5° Il reconnaît que le diabète traumatique peut théoriquement survenir à la suite d'un traumatisme direct grave du pancréas; mais on n'en a guère publié de cas probants.

En somme, on peut admettre la possibilité théorique du diabète, séquelle d'un traumatisme du pancréas ayant donné lieu à une destruction étendue de la glande. Les autres traumatismes physiques sont incapables de causer le diabète. Un traumatisme physique peut susciter une exacerbation d'un diabète existant, mais cette exacerbation, qui se manifeste immédiatement après le traumatisme, n'est que passagère. Ainsi ne doit-on plus continuer à soutenir, comme on le fait encore souvent, qu'un traumatisme physique est capable d'aggraver un diabète latent de telle sorte que la maladie, grâce au traumatisme, devient manifeste.

P.-L. Marie.

**E. Gripwall** (Upsal). ***Contribution à la clinique et à la pathogénie de l'ictère hémolytique héréditaire*** (*Acta Medica Scandinavica*, suppl. **96**, 1938, p. 290). — G. a étudié 30 cas d'ictère hémolytique congénital dont 8 ont été splénectomisés, 4 dans les premières années de la vie. Dans 21 cas il existait d'autres cas dans la famille.

G. s'est attaché surtout à l'étude morphologique des globules rouges. Il décrit en particulier un signe qu'il considère comme caractéristique, la sphérocytose, qui consiste en une augmentation de l'épaisseur moyenne des globules que l'on trouve dans tous les cas, coexistant avec une diminution du diamètre moyen de 1 μ environ; cette sphérocytose s'accentue au moment des crises. En outre, dans le sang frais, comme conséquence de la sphérocytose, l'empilement des globules ne se produit pas dans les cas graves ou se fait d'une façon si irrégulière dans les cas moyens que l'on peut en tirer parti pour le diagnostic. La réticulocytose se montra constante chez les malades non splénectomisés; elle diminue rapidement après splénectomie. Certains globules rouges du sang frais sont déformés et présentent une sorte de hile; ils correspondent à des réticulocytes; cette déformation représenterait un défaut de différenciation de la cellule se produisant vraisemblablement au moment de l'expulsion du noyau.

L'anémie et l'ictère ne présentent pas de parallélisme marqué; il n'en existe pas non plus entre la diminution de la résistance globulaire et l'anémie, ni l'ictère. Par contre, il y a souvent parallélisme entre la diminution de la résistance et le degré de la sphérocytose. Il n'y a pas de relation déterminée entre le nombre des réticulocytes et le degré de l'anémie. La sédimentation des hématies offre un type particulier: on constate la formation de deux couches au-dessous du plasma, la supérieure constituant un voile rouge diffus, formé presque exclusivement par des réticulocytes présentant un hile, l'inférieure par la masse opaque des globules rouges. Cet aspect est dû à ce que ces globules jeunes n'ont pas tendance à s'agréger; mais il n'est pas spécifique de l'ictère hémolytique; il se voit dans tous les états où le sang est riche en réticulocytes. La sédimentation globulaire se montra plus rapide dans 36 pour 100 des cas, augmentant pendant les périodes d'aggravation.

Les hématies dans l'ictère hémolytique héréditaire réagissent autrement que les hématies normales à l'égard de la substance stabilisante qui se forme lors du traitement du sérum par la chaleur. Dans certains cas sérieux, les hématies ne présentent aucune modification de la tendance à l'agrégation, qu'elles soient mises en suspension dans le sérum du malade ou du sérum normal qui a été chauffé quelques heures. On retrouve cette propriété, mais atténuée, dans les cas bénins. Elle semble diminuer et même disparaître après la splénectomie.

En se référant aux travaux de Fahraeus qui montrent que le sang, pendant son séjour dans le réservoir splénique, subit des modifications qualitatives par suite de la désintégration de divers lipides du sérum avec formation d'une substance hémolytique, la lysolécithine, qui détermine un changement de la forme des hématies, qui de biconcaves deviennent sphériques, stade préliminaire de l'hémolyse, G. adopte la pathogénie suivante: l'ictère hémolytique relève d'une anomalie primitive héréditaire des hématies se traduisant par une modification de forme caractéristique et une résistance diminuée, tant à l'égard des solutions salines hypotoniques que vis-à-vis de la lysolécithine. Un facteur morbide important s'ajoute à cette anomalie: une augmentation de la fonction hémolytique normale de la rate, résultant d'un passage plus difficile et plus prolongé des hématies dans le réservoir splénique. La fonction splénique anormale rend manifeste la disparition morbide. La splénomégalie serait donc secondaire et résulterait du fait que la rate, par suite de la méiopragie des hématies, serait contrainte à un travail exagéré en tant qu'organe hémolytique.

P.-L. Marie.

## REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

**J. Neeser.** ***A propos de 56 cas d'intoxication barbiturique aiguë*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **59**, n° 3, 10 Mars 1939, p. 159-169). — Sur 240 observations d'intoxications volontaires traitées de 1923 à 1938 à la clinique médicale de Genève, on trouve une proportion de 55 pour 100 de suicide par le gaz d'éclairage, de 23 pour 100 par les barbituriques et de 22 pour 100 d'intoxications diverses. Les suicides par le gaz d'éclairage ont été de 18 pour la période 1923-1927, de 50 pour la période 1928-1932 et de 62 pour la période de 1933-1937. Pendant les mêmes périodes les intoxications volontaires par les barbituriques ont été respectivement de 8, 16 et 30. Ces deux modes de suicide sont de plus en plus usités alors que sont délaissées les poisons caustiques.

Les femmes ont beaucoup plus souvent recours aux barbituriques que les hommes. Le mobile du suicide féminin est très fréquemment d'ordre sentimental. La proportion des psychopathes est plus petite chez les femmes (19 sur 41 suicides) que chez les hommes (10 sur 13). La proportion des troubles psychiques antérieurs à la tentative de suicide chez la femme augmente avec l'âge. Le véronal est le somnifère le plus communément employé.

La mortalité au cours des intoxications barbituriques aiguës volontaires n'a pas beaucoup diminué depuis que la thérapeutique s'est enrichie de la strychnothérapie à fortes doses et des analeptiques à action centrale. Elle a passé de 20 pour 100 à 15 pour 100.

Robert Clément.

# REVUE DES JOURNAUX

### LYON MÉDICAL
### (Lyon)

**R. Froment, P. Monnet** et M[lle] **Letorey.** ***Formes cliniques des complications abdominales du purpura*** (*Lyon Médical*, t. **162**, n° 17, 23 Avril 1939, p. 465-471). — Les complications abdominales du purpura accompagnent dans la plupart des cas l'évolution d'un syndrome aigu de purpura rhumatoïde. Bien souvent le purpura péritonéal est primitif et isolé, ce qui en rend difficile le diagnostic.

Le purpura abdominal simple simule, soit l'occlusion, soit l'invagination intestinale, soit l'appendicite. Son évolution se fait souvent vers la rétrocession spontanée, parfois entrecoupée de rechutes ou de récidives.

Il se complique quelquefois d'une inflammation appendiculaire caractérisée ; dans d'autres cas d'un hématome péritonéal.

Exceptionnellement, l'extravasation sanguine peut être suffisamment diffuse pour réaliser une véritable inondation péritonéale.

Le purpura péritonéal, avec invagination intestinale paraît assez fréquent, celui avec péritonite septique est beaucoup plus rare.

Ces diverses formes n'ont comme symptôme commun, d'ailleurs inconstant, que l'hémorragie digestive.

Dans le purpura péritonéal, isolé ou à précession péritonéale, le diagnostic est en pratique des plus difficiles, la conduite à tenir est donc l'intervention d'urgence, peut-être inutile. mais qu'on ne saurait regretter en raison des complications possibles. S'il s'agit d'un purpura cutané ou muqueux, avec syndrôme abdominal aigu surajouté, il y a intérêt à ne pas opérer d'urgence systématiquement, mais il faut surveiller d'heure en heure l'évolution des troubles. Si les signes ont tendance à s'amender, l'abstention est formellement indiquée, mais si l'évolution est progressive, il faut intervenir, étant donné la possibilité de complications secondaires telles que l'invagination intestinale ou la perforation.

Robert Clément.

### JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
### (Lyon)

**P. Savy, Jeune** et **Ledru.** ***Considérations sur un cas de xanthochromie cutanée carotinémique avec abaissement du métabolisme basal de 27 pour 100 et guérison par les rayons ultra-violets*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 463, 20 Avril 1939, p. 257-261). — Chez une femme de 34 ans, atteinte d'aménorrhée relative, on constata la pigmentation orangée palmo-plantaire caractéristique de la xanthochromie carotinémique. Le taux du carotène sanguin était légèrement élevé (1 *mg*. 5 par litre), la cholestérolémie était de 2 *g*. 10. Le métabolisme basal se trouvait diminué de 27 pour 100.

L'abaissement du métabolisme basal, l'aménorrhée relative et l'hypercholestérolémie témoignaient de troubles endocriniens que l'on traite par de faibles doses de thyroxine et des injections de benzoate de folliculine. Cette thérapeutique provoqua des règles abondantes, mais n'eut aucun effet sur la pigmentation carotinoïde palmo-plantaire. Celle-ci s'effaça après quelques séances de rayons ultra-violets.

S., J. et L. se demandent si cette disparition peut être attribuée à l'action des rayons solaires sur le métabolisme de la vitamine A et du carotène.

Robert Clément.

### MARSEILLE MÉDICAL
### (Marseille)

**A. Jouve, J. Vague** et **M. Jouve.** ***Les formes frustes du syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne*** (*Marseille-Médical*, t. **76**, n° 8, 15 Mars 1939, p. 341-359). — A côté des formes complètes, dramatiques, du syndrome d'hyperréflectivité carotidienne, il faut faire une place aux formes frustes.

Les manifestations cliniques surviennent, en général, lorsque le sujet est en position debout ou assise. Souvent la crise se répète lorsque le malade se sentant mieux essaye de se lever. Il s'agit le plus souvent de malaises indéfinissables, de soif d'air, de vertiges, de syncopes qui font cortège à des perturbations circulatoires. Parfois ces manifestations n'ont aucune raison apparente. Plus souvent, elles sont déclenchées par un effort qui réalise un à-coup d'hypertension. Dans les cas les plus typiques, c'est un traumatisme minime au niveau de la région sino-carotidienne qui est la cause des incidents, notamment la constriction par un col trop serré. Quelquefois, il s'agit d'un mouvement brusque de la tête dans le sens latéral ou vertical. La fatigue, les chocs émotionnels, la menstruation, les repas abondants et les libations peuvent faciliter l'apparition des crises.

L'élément capital du diagnostic positif est la reproduction des accidents spontanés au moyen de la compression sino-carotidienne.

Les formes frustes du syndrome d'hyperréflectivité sinusale représente plus une infirmité bénigne qu'une véritable maladie. Les traitements héroïques des formes graves, notamment l'intervention chirurgicale, sont contre-indiqués; on agira surtout sur les causes provocatrices et on rassurera le malade.

Même dans les formes frustes, les lésions du myocarde et des vaisseaux sont fréquentes: deux malades sur trois sont atteints d'affections cardio-vasculaires. Il faut se rappeler que la digitale exagère la réflectivité sinusale.

Robert Clément.

### LA REVUE MÉDICALE FRANÇAISE D'EXTRÊME-ORIENT
### (Hanoï)

**M. Autret.** ***Le sang de l'Annamite du Tonkin au point de vue biochimique*** (*Revue médicale française d'Extrême-Orient*, t. **24**, n° 1, Janvier 1939, p. 13-23). — Les sujets qui ont servi aux recherches proviennent tous du delta tonkinois. Un premier groupe comprend de jeunes soldats de 20 à 26 ans, sains et robustes. Les autres représentent des adultes en bonne santé apparente, entre 18 et 40 ans.

La protéinémie totale de l'Annamite du Tonkin est légèrement supérieure à celle de l'Européen (91 à 99 au lieu de 85) mais reste inférieure à celle de l'Annamite de Cochinchine. L'albumine et la globuline étant augmentées dans les mêmes proportions, le quotient albumineux est le même.

L'azotémie est plus faible que chez l'Européen (0,25, 0,26).

L'uricémie est la même dans les deux races.

La glycémie est inférieure (0,83, 0,86).

Quant au cholestérol, son taux est comparable à celui de l'Européen en Europe, inférieur à celui de l'Européen sous les Tropiques.

La chlorémie, le taux du calcium sont sensiblement identiques.

La valeur de la bilirubinémie est nettement supérieure chez l'Annamite, et supérieure à celle que l'on tient pour normale chez l'Européen dans les pays tempérés. Elle est très voisine de celle de l'Européen vivant sous les Tropiques.

Le facteur racial n'a pas d'influence décelable sur le chimisme sanguin de l'Annamite. Les particularités observées sont imputables au climat, à l'état de santé et surtout aux habitudes alimentaires de l'indigène.

Robert Clément.

### ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
### (Paris)

**Cornu, A. Devic** et **M. Porot.** ***Les troubles mentaux prolongés de l'intoxication oxycarbonée aiguë*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **97**, t. **1**, n° 4, Avril 1939, p. 533-545). — *Observation* ayant donné lieu à un rapport médico-légal des auteurs, concernant un ingénieur de **32** ans sans antécédent notable, victime d'une intoxication oxycarbonée massive, suivie de coma puis d'excitation choréique et de stupeur.

Il persiste une amnésie de fixation, avec un déficit notable des acquisitions scolaires et professionnelles, rebelle aux tentatives de rééducation répétées pendant plus de 4 ans.

Le blessé n'a pu conserver d'emploi, même de niveau inférieur à celui qu'il occupait avant l'accident. Avec la mémoire. le jugement reste affaibli. Les automatismes superficiels dissimulent à peine une profonde indifférence.

Les experts assimilent le niveau intellectuel à celui d'un enfant de 12 ans, posent un pronostic de chronicité et concluent à une incapacité permanente de 75 pour 100.

La plupart des cas de la littérature comportent un pronostic moins défavorable.

G. d'Heucqueville.

**L. von Meduna.** ***Genèse du traitement de la schizophrénie par le cardiazol*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **97**, t. **1**, n° 4, Avril 1939, p. 546-564). — C'est l'étude microscopique des lésions du système nerveux dans ces deux affections qui a suggéré à von M. son hypothèse de travail de l'antagonisme de l'*épilepsie* et de la *schizophrénie:* réactions hyperplasiques de la névroglie dans l'épilepsie, absence de réaction dans la schizophrénie.

La coexistence des deux affections lui apparaissant, d'autre part, très rare chez un même sujet, il a cherché à éliminer la schizophrénie en déclenchant artificiellement l'épilepsie par des convulsivants pharmacodynamiques: camphre, strychnine, puis cardiazol.

Il put mettre au point la technique du cardiazol et publier 110 premières observations, dont 54 avec améliorations, dès la fin de 1936.

A la même époque étaient rapportés les premiers résultats de la thérapeutique par le choc insu-

linique dans la schizophrénie, et l'on associait bientôt les deux méthodes.

Sur plus de 4.000 sujets traités dans le monde, on compte à présent 20 à 30 pour 100 de rémissions, proportion qui s'élève à 50 pour 100 pour les cas évoluant depuis moins de 12 à 18 mois.

G. d'Heucqueville.

## REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

**P. Mocquot.** ***Les abcès pelviens d'origine génitale ouverts dans l'intestin*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 34, n° 5, Mai 1939, p. 273). — L'ouverture spontanée des abcès pelviens dans l'intestin peut être une terminaison favorable; mais elle est souvent à l'origine de complications qui sont graves et de traitement difficile (fistules pyo-stercorales graves). Ces abcès sont de trois variétés différentes: 1° abcès tubaires (pyosalpinx) et péritubaires; 2° pelvi-péritonites suppurées; 3° les phlegmons pelviens proprement dits: (phlegmons de la gaine hypogastrique, fréquents, et phlegmons du ligament large, rares). Mais l'origine différente de ces abcès ne semble pas influer beaucoup sur l'allure des accidents, non plus que leur nature puisque M. groupe des suppurations aiguës banales avec des abcès froids tuberculeux: en effet, les abcès qui sont liés à une tuberculose génitale, et qui s'ouvrent dans l'intestin, deviennent constamment le siège d'une infection secondaire et se comportent, dès lors, comme des abcès chauds.

L'*ouverture dans le rectum*, considéré comme une terminaison salutaire, est loin d'être aussi favorable qu'on l'a dit. Certes, de ces abcès non traités, un certain nombre guérissent facilement et rapidement; mais d'autres restent indéfiniment fistuleux, exposant les malades à des accidents de rétention, à l'ouverture dans d'autres viscères, à la septicémie chronique. Quelquefois, le rectum s'enflamme à son tour; d'où phénomènes de rectite. La poche se vide incomplètement et ne tarde pas à se remplir à nouveau.

L'*ouverture dans le côlon pelvien* est, à peu près, aussi fréquente que l'ouverture dans le rectum, ce qui ne saurait surprendre, étant donnés les rapports intimes des poches salpingiennes avec le côlon, surtout à gauche.

Les abcès peuvent aussi s'ouvrir *dans le cæcum* et M. en rapporte une observation.

Il faut, en présence de ces fistules pyo-stercorales, se préoccuper de déterminer le siège de l'ouverture intestinale, laquelle ne se fait pas toujours dans le rectum. L'exploration radiologique par lavement baryté est le meilleur moyen de déterminer le siège de l'orifice. Toutefois, l'administration d'un lavement simple, par l'évaluation de la quantité d'eau qu'il faut injecter avant d'obtenir le passage par la fistule, permet, quelquefois, d'avoir des indications relativement précises sur le siège de la perforation.

On pourrait croire que l'incision de l'abcès, faite à temps, permettra d'éviter l'ouverture dans l'intestin. Or, parfois, la colpotomie n'empêche pas l'ulcération des parois intestinales par la suppuration. Et, pourtant, on ne saurait incriminer une blessure du rectum au cours d'opération, car la communication ne se produit, souvent, que plusieurs jours après la colpotomie. On a accusé les drains de caoutchouc de favoriser la production de ces fistules; aussi, pour le drainage des abcès ouverts par colpotomie, Mocquot utilise-t-il, de préférence, une lame de caoutchouc ondulé.

Ces abcès fistulisés dans l'intestin exposent à des hémorragies secondaires.

Dans de telles conditions anatomo-cliniques, l'idée d'une dérivation intestinale vient à l'esprit. Une des causes qui empêche la guérison de ces abcès est évidemment la pénétration des matières fécales dans leur foyer. En évitant cette pénétration, ces abcès guériraient. On est ainsi conduit à créer un anus contre nature temporaire.

Dans les cas chroniques (suppuration pelvienne datant de longtemps et compliquée de fistule pyo-stercorale), quelle qu'en soit la nature, l'indication est manifeste, l'établissement préalable d'une colostomie permet de pratiquer ultérieurement, dans des conditions bien plus grandes de sécurité, l'opération d'exérèse. La colostomie sera faite aussi haut que possible; Mocquot a établi un anus sous-angulo-colique-gauche suivant le procédé de Chevassu. Dans les cas rares où l'ouverture intestinale siège sur le cæcum, voire sur le grêle, il faudrait réaliser une exclusion par anastomose. Dans les cas aigus, l'indication, pour impérieuse qu'elle soit, est plus délicate.

Henri Vignes.

## DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

**P. Schlierbach.** ***Le comportement de l'indican dans l'organisme et plus spécialement de son excrétion par les reins normaux ou pathologiques après administration d'épreuve*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 183, n° 4, 7 Février 1939, p. 387-421). — Le dosage de l'indican n'a pas joué jusqu'ici de rôle important en clinique, notamment au point de vue du diagnostic des fonctions rénales. S. a cependant poursuivi, depuis 1935, des recherches qui l'ont amené à recourir à une administration d'épreuve d'indican. Le dosage se fait dans le sang, ce qui donne des chiffres trop faibles, et surtout dans l'urine. La solution d'indican utilisée s'est montrée complètement dépourvue d'effets irritants ou toxiques, même après injection intraveineuse. C'est à l'injection intraveineuse de 100 *mg.* d'indican, quantité double de ce qui est normalement éliminé, que S. a recours. Le sujet sain excrète en 3 heures 60 pour 100 et en 8 heures 80 pour 100 de la quantité injectée. Dans le sang, on ne retrouve plus, 3 heures après l'injection, que 0,3 *mg.* pour 100 *g.*

En cas d'œdème important par insuffisance cardiaque ou par néphrose, la proportion d'indican retrouvée dans l'urine a été inférieure à 40 *mg.* Dans un cas de psychopathie et dans un cas d'irritabilité végétative, on a trouvé dans le sang un taux de 0,32 et de 0,33 au lieu de 0,15 *mg* pour 100 *g.* Par contre, l'épreuve donne des résultats normaux dans les insuffisances cardiaques modérées, dans les états fébriles, dans les affections graves du foie, etc. Il en est de même lorsque les phénomènes aigus ont disparu, dans la glomérulonéphrite, même si l'augmentation de l'azote résiduel persiste et si le pouvoir de concentration est diminué. Dans les états de préurémie et d'urémie on constate l'existence d'indican dans le sang avant que cette substance ait été administrée. En outre, l'élimination est inférieure à 20 *mg.* en 3 heures. Dans la sclérose rénale débutante, la rétention peut être importante. L'épreuve de l'indican doit être pratiquée dans les affections rénales hématogènes bilatérales surtout au moment où il y a transformation en reins scléreux. Cette épreuve est également importante au point de vue du diagnostic différentiel quand le syndrome permet de penser à d'autres troubles extrarénaux. Cependant, dans un cas où le pouvoir de concentration ne dépassait pas 1023 et où il y avait rétinite angiopathique, l'épreuve de l'indican a été normale.

P.-E. Morhardt.

**Karl-Heinz Zaffke.** ***L'héméralopie comme syndrome de thyrotoxicose et d'affection du foie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 183, n° 4, 7 Février 1939, p. 433-447). — L'héméralopie, qui doit être aujourd'hui considérée comme un symptôme constant et précoce de carence de vitamine A, s'accompagne d'une dégénérescence lipoïdique des cellules pigmentaires de la rétine. Elle peut, aujourd'hui, être exactement mesurée grâce au photo-esthésiomètre de Birch-Hirschfeld. Pour utiliser cet appareil, Z. a d'abord commencé par l'étalonner en millilux en utilisant pour cela 30 sujets tout à fait normaux.

Chez 22 malades atteints de thyrotoxicose, on a constaté que la courbe de l'adaptation correspondait nettement à un état d'héméralopie. On sait, d'ailleurs, aujourd'hui, qu'en cas de thyrotoxicose bien caractérisée, il y a toujours lésions anatomiques du foie, et comme c'est dans le foie que la vitamine A est stockée, il y a lieu d'admettre que l'héméralopie ainsi observée est, avant tout, conséquence d'une altération du foie.

De plus, chez 12 malades atteints d'affections hépatiques (ictère catarrhal, foie de stase, cholécystite, cirrhose du foie), on a constaté des états d'héméralopie plus ou moins fortement marqués. L'importance du trouble de l'adaptation à l'obscurité a paru être en relation avec la gravité de la lésion hépatique. C'est en effet dans la cirrhose du foie que l'héméralopie est au maximum, à tel point que la mesure de ce trouble peut être utilisée comme un élément du diagnostic différentiel de cette maladie.

Z. recherche si d'une façon générale la courbe de l'adaptation à l'obscurité peut servir d'épreuve du fonctionnement du foie.

P.-E. Morhardt.

**Walter Tischendorf.** ***La ponction des ganglions lymphatiques au point de vue du diagnostic différentiel des affections des ganglions lymphatiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. 183, n° 4, 7 Février 1939, p. 448-466). — La ponction des ganglions permet de faire un examen cytologique en série et de suivre ainsi l'évolution de certaines maladies ou les effets de la rœntgenthérapie. Des examens de ce genre ont été pratiqués dans 27 cas de tuméfaction des ganglions et dans 19 cas de tumeur maligne.

La ponction est une intervention qui n'est difficile que si ces organes sont peu augmentés de volume. C'est dans l'aisselle et sur la paroi du thorax au niveau du cou et du maxillaire que cette ponction se fait avec le plus de facilité. On utilise pour cela une aiguille de 1,5 à 2 *mm.* de diamètre. Quand le tissu est dur, il faut retirer l'aiguille en même temps qu'on opère une succion avec la seringue. Quand il s'agit de ganglions normaux, la ponction ne donne généralement rien.

En cas de ganglions hyperplasiques, de leucémie lymphatique ou encore de lymphome tuberculeux ou non spécifique, on trouve des amas plus ou moins importants de lymphocytes ainsi que des lymphoblastes typiques témoignant d'une hyperplasie du tissu lymphatique. L'importance de ces lymphoblastes et les figures de mitose témoignent d'une tendance active à la croissance.

Quand il s'agit de tuberculose ganglionnaire, on constate parfois une phagocytose assez vive à l'égard de particules de calcium ou de charbon, mais rien de vraiment caractéristique. Dans un cas concernant un sujet de 38 ans, chez lequel il fallait penser à de la lymphogranulomatose, une tendance à la fonte et à la caséification permit de faire le diagnostic.

Dans les tuméfactions inflammatoires chroniques spécifiques, la ponction donne des résultats nets. On trouve des cellules endothéliales, des cellules lymphoïdes à un noyau, des fibroblastes à noyau ovale ainsi que des lymphocytes mûrs, des leucocytes et exceptionnellement des cellules géantes plus petites que les cellules de Sternberg.

En cas de lymphogranulomatose les résultats de la ponction sont caractérisés par la présence de cellules géantes éosinophiles et surtout de cellules

# EVONYL

## EST UNE SYNTHÈSE S'ADRESSANT AUX CAUSES MULTIPLES QUI RENDENT FOIE ET INTESTINS DÉFICIENTS

- Cholagogue puissant et laxatif doux, Evonyl exalte la fonction biligénique en même temps qu'il désintoxique le foie.

- La sécrétion biliaire activée et fluidifiée résout les calculs de la **lithiase** et les entraîne dans une puissante exonération quotidienne. La douleur diminue, et la suppression des crises apparaît en général au bout d'un mois de traitement.

- Dans les **ictères**, fluidification et facilité d'évacuation intestinale de la bile. Huit jours suffisent pour la recoloration des selles et la cessation du prurit.

- Dans les **cholécystites et angiocholites**, suppression de la douleur dans les cinq premiers jours, et de l'élément infectieux dans la quinzaine.

- Le débit biliaire redevenu normal ranime la tunique musculaire de l'intestin, aseptise les fermentations putrides, stimule le péristaltisme et les glandes intestinales, augmente le volume des selles et rend les matières plus molles. **Aucune constipation physiologique ne résiste à Evonyl.**

- Le foie étant désengorgé et décongestionné, le tractus intestinal régularisé, on constate chez les **hypertendus** une chute de tension immédiate, avec atténuation des phénomènes nauséeux ou de dyspnée, allant jusqu'à la disparition au bout de deux à trois mois.

## COMPOSITION
(ASSOCIATION DE DEUX SYNERGIES)

*SYNERGIE OPOTHÉRAPIQUE : Extraits biliaires et de glandes intestinales, ferments lactiques.*
*SYNERGIE VÉGÉTALE : Évonymine verte, agar-agar, fucus, podophyllin, etc.*

## INDICATIONS
(AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES)

*Lithiase biliaire, coliques hépatiques, ictères divers, ictères des pays chauds, cholécystite, angiocholite, congestion du foie, cirrhose hypertrophique biliaire, cholémie familiale, constipation sous toutes ses formes, hypertension, prurits, dermatoses.*

## POSOLOGIE

*Dose par 24 heures :*
*Adultes : 2 tablettes — Enfants : 1 tablette*
*Action rapide, une demi-heure avant le repos du soir*
*Action normale, immédiatement après le repos du soir*

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE
(RHONE)




15 fr
TRAITEMENT 30 JOURS

JBC

géantes de Sternberg, 10 ou 12 fois plus grandes qu'un lymphocyte et parfois polynucléaires.

Dans les tuméfactions aiguës survenues par exemple à la suite d'une affection dentaire, on constate, quand l'inflammation est grave, une réaction lymphocytaire purulente très différente de la nécrose de l'abcès froid. Quand l'infection est moins grave, on trouve seulement de l'hyperplasie inflammatoire caractérisée par une prolifération cellulaire s'étendant non seulement au tissu lymphatique mais aussi aux grandes cellules lymphoïdes.

En ce qui concerne les tumeurs, le diagnostic peut être difficile si le néoplasme primitif n'est pas constatable. Les caractères cytologiques sont peu significatifs. Dans les cas nets, on trouve des nids de cellules métastatiques au milieu du tissu ganglionnaire hyperplasique. Des cellules polymorphes et des cellules géantes se rencontrent également. On peut également souvent reconnaître s'il s'agit d'une tumeur épithéliale ou sarcomateuse.

Dans l'ensemble, la ponction des ganglions est une méthode beaucoup plus inoffensive que la ponction de la rate ou du foie et constitue au point de vue du diagnostic différentiel un adjuvant précieux.

P.-E. Morhardt.

### KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

### (Leipzig)

**Friedrich Linneweh.** ***La question de la signification clinique du rôle de véhicule joué par les protéines*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 9, 4 Mars 1939, p. 301-303). — La perméabilité des reins pour les protéines est la conséquence d'altérations fonctionnelles inflammatoires ou toxiques. Les protéines ainsi éliminées proviennent du plasma sanguin et sont constituées principalement par la sérine et aussi par la globuline. La diminution des protéines qui en résulte crée une tendance à l'œdème. Ces protéines ont, en outre, pour fonction de fixer des substances très diverses et d'aider à leur transport au lieu de consommation en leur conférant des propriétés telles que ces substances peuvent traverser les membranes interposées, ce qu'elles ne pourraient pas faire à l'état libre.

Dans certains autres cas, ces protéines ont, au contraire, pour fonction de se combiner à certaines substances pour les empêcher de diffuser exagérément. C'est surtout aux sérines que ces fonctions incombent. Cependant, les globulines ont à jouer un rôle analogue pour la cholestérine, le carotène et la lactoflavine.

Il y a donc lieu de se demander si les protéines que les reins laissent passer entraînent ou non avec elles des substances de ce genre. On sait que dans l'albuminurie des néphroses, l'urine contient un certain nombre de gouttelettes lipoïdiques biréfringentes. Les substances qui constituent ces gouttelettes n'ont vraisemblablement pas traversé sous cette forme le filtre rénal, et d'ailleurs, la cholestérine peut se rencontrer dans l'urine sans qu'on observe de gouttelettes lipoïdiques. Dans un cas de néphrose, présentant une perte de protéines de 9 *g.* par jour environ, on a pu constater que la cholestérinurie variait très nettement comme l'albuminurie. Dans l'urine, la cholestérine se trouve en face de concentrations électrolytiques et d'une tension superficielle nouvelles capables de lui faire prendre la forme de gouttelettes lipoïdiques.

Les pertes de cholestérine sont, par elles-mêmes, peu significatives. Il n'en est pas de même si, en même temps, de la vitamine A passe dans l'urine. Or, dans certaines affections rénales (néphrose, néphrite chronique), divers auteurs ont constaté une très forte concentration de vitamine A dans l'urine. On sait d'ailleurs que le carotène, prophase de la vitamine A, est lié aux globulines. Il n'est donc pas surprenant que ces corps liposolubles passent, comme la cholestérine, avec les protéines urinaires.

Les expériences de L. ont consisté à recueillir les protéines d'un malade atteint de néphrose, à les purifier, puis à les administrer à 3 rats chez lesquels un régime dépourvu de vitamine A avait fait apparaître de la xérophtalmie. Sous cette influence, les lésions ne tardèrent pas à régresser alors qu'elles persistaient chez les animaux témoins. Ainsi, comme les protéines sanguines, les protéines urinaires remplissent les fonctions de véhicule. Il n'est pas impossible que, dans certains cas, et notamment dans les néphroses, les fortes albuminuries aient pour effet d'entraîner des toxines fixées aux protéines. On sait de plus que des albumines toxiques provenant des tissus peuvent être détoxiquées par les protéines du sérum.

P.-E. Morhardt.

**Kar Ehrhardt** et **Werner Kœnig.** ***Recherches expérimentales sur les troubles de la gravidité provoqués par des hormones ou des vitamines à doses dépassant la normale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 9, 4 Mars 1939, p. 308-311). — Les animaux d'expérience ont été des rats et des souris gravides auxquels il fut administré d'abord de l'hormone du corps jaune à des doses variant de 0,1 à 2,5 unités lapin. On a constaté ainsi que ces doses déterminent la mort du fœtus. Avec des doses de 5 à 10 *mg.*, le fœtus n'est pas éliminé mais reste dans l'utérus et se résorbe.

Avec le testostérone à des doses de 5 à 20 *mg.*, le fœtus macère et se résorbe. Mais il arrive parfois qu'à côté de fœtus morts et macérés on en trouve de vivants. Avec des doses de 2,5 à 1,5 *mg.* de testostérone, les animaux vivants mis au monde présentaient un développement anormal et mouraient vraisemblablement parce que la sécrétion de lait par la mère était insuffisante.

Des doses élevées de vitamines peuvent entraîner l'interruption de la gravidité mais non pas la mort intra-utérine du fœtus.

P.-E. Morhardt.

**Kwanji Tsuji.** ***Pathogénèse de la paralysie paroxystique des extrémités*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **18**, n° 9, 4 Mars 1939, p. 320-324). — La pathogénèse de la paralysie paroxystique des extrémités est très discutée. T. a eu l'occasion d'en observer 14 cas dont 11 présentaient en même temps de la maladie de Basedow ou de l'hyperthyroïdie. De plus, l'accès de paralysie a pu, dans la plupart des cas, être provoqué soit par l'administration d'une ration exagérée d'hydrates de carbone, soit encore par l'administration de thyroïde. Dans un cas, l'adrénaline a manifesté une activité provocatrice.

Un traitement prolongé par l'insuline, par contre, agit d'une façon toujours favorable. Dans 3 cas il a pu être constaté que la consommation d'oxygène diminue au début de l'accès et augmente après l'accès. En même temps, le taux de l'acide lactique du sang était nettement augmenté. L'injection de lactate de sodium a provoqué une fois un accès de paralysie.

Ces divers résultats permettent d'admettre que la paralysie résulte d'une incapacité de contraction des muscles par surcharge d'acide lactique. Effectivement, la thyroïde, de même que l'adrénaline, inhibent l'oxydation et la resynthèse de l'acide lactique en glycogène. De même, une alimentation riche en hydrates de carbone augmente la production d'acide lactique. Par contre, l'insuline, en régularisant les échanges d'hydrates de carbone, favorise l'oxydation et la resynthèse de l'acide lactique.

P.-E. Morharbt.

### LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

### (Buenos-Aires)

**J. F. Verna.** ***Caverne « soufflée » dans un pneumothorax thérapeutique consécutif à une section de brides*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. **26**, n° 13, 29 Mars 1939, p. 649-660). — J. F. V. nous présente une observation de soufflage cavitaire, survenu chez un malade porteur de lésions tuberculeuses. L'intérêt de cette relation réside dans le fait que V. a pu démontrer *in vivo* que le mécanisme valvulaire bronchique est un facteur aggravant rapide des cavernes dites « **soufflées** ».

Ce mécanisme valvulaire a été consécutif à une section de brides qui, modifiant la dynamique bronchique, donna naissance à ce facteur aggravant.

Robert Coronel.

**A. H. Roffo.** ***Unité cancérigène des goudrons des diverses sortes de tabac*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. **26**, n° 15, 12 Avril 1939, p. 721-738). — R. a effectué une expérimentation très poussée, sur le pouvoir cancérigène des goudrons de neuf tabacs différents. Voici les principales conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Les goudrons de tous les tabacs étudiés ont la même valeur cancérigène, mais leur intensité varie selon la plante.

2° Le pouvoir de cancérisation le plus élevé est l'apanage des tabacs, dits d'Orient, et du tabac à chiquer.

3° Les substances cancérigènes ne se trouvent pas dans la nicotine, mais dans la fumée, et agissent de la même façon que les goudrons de houille.

4° L'évolution des lésions est toujours la même pour tous les goudrons : hyperkératose et papillomes, évoluant vers le carcinome pavimenteux, avec invasion et destruction organique.

Pour atteindre ces résultats, R. a badigeonné, tous les 2 jours, l'intérieur de l'oreille de lapins. La dose totale de goudron nécessaire à la cancérisation est de 100 à 150 *cm*³ de goudron.

R. termine en soulignant l'intérêt de la lutte contre le tabagisme, qui permettra, sans doute, de lutter activement contre le cancer.

Robert Coronel.

**J. A. Garat.** ***L'anesthésie régionale prolongée. Le chlorhydrate de diothane en proctologie*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. **25**, n° 19, 10 Mai 1939, p. 927-939). — De plus en plus employée en chirurgie proctologique, l'anesthésie régionale prolongée vient de s'enrichir d'un anesthésique ne présentant aucun danger : le Diothane, largement employé aux Etats-Unis d'Amérique. Ses effets analgésiques se prolongent durant 4 ou 5 jours, et il est très utile dans la période post-opératoire. Il peut s'employer soit en application directe sur la peau ou les muqueuses, soit en injection indolore. Chimiquement, le Diothane est un chlorhydrate de diphényluréthane pipéridinopropane. Malheureusement, son pouvoir toxique assez grand interdit son emploi comme anesthésique de base. Le Diothane est l'analgésique idéal, pour les anesthésies secondaires, locales, post-opératoires si nécessaires en chirurgie ano-rectale.

Robert Coronel.

### EL DIA MEDICO

### (Buenos Ayres)

**A. Chediak.** ***La microréaction Chediak, dans le diagnostic de la syphilis. Réaction à la « goutte de sang séché »*** (*El Dia Medico*, an. **11**, n° 15, 10 Avril 1939, p. 294-298). — La microréaction de Chediak, employée par C. depuis 1931, lui a donné de très bons résultats. Ceux-ci

concordaient toujours avec les résultats obtenus par les autres réactions. L'intérêt de cette méthode réside dans sa rapidité, sa facilité et le peu de matériel nécessaire. C. nous rappelle cependant que le dépistage de la syphilis ne doit pas se faire par une seule réaction et qu'il convient d'en associer plusieurs. Sa réaction peut donc servir surtout dans une sorte de centre de triage spécifique.

On prélève une goutte de sang recueillie sur une lame, et défibrinée, cette goutte est desséchée à environ 38°C. Les réactifs nécessaires sont: une solution de NaCl pur à 3,5 pour 100, de l'antigène de Meinicke. On fait ensuite une solution diluée d'antigène (10 $cm^3$ de solution NaCl et 1 $cm^3$ d'antigène).

La goutte de sang est ensuite diluée par la solution de NaCl, puis l'antigène obtenu est ensuite mis au contact de la goutte de sang.

*Réaction négative.* — Champ uniforme sans granulations.

*Réaction positive.* — Le champ est parsemé de granulations noires.

*Réaction positive intense.* — Formation intense de granules.

*Réaction positive faible.* — Apparition lente de très fines granulations noires, durant 1 heure environ.

*Réaction douteuse.* — Apparition de granulations jaunes.

ROBERT CORONEL.

### BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL CANCER (Buenos-Ayres)

**A. H. Roffo.** ***Tumeurs malignes développées dans l'appareil digestif par l'ingestion de graisses oxydées par chauffage*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 48, Septembre 1938, p. 407-523). — L'ingestion de graisses, oxydées par chauffage, produit chez le rat blanc des lésions tumorales malignes de l'estomac et d'autres organes; et ce, sans adjonction aucune d'autre substance cancérigène.

Les lésions, qui siègent dans les régions malpighienne et glandulaires de l'estomac, se caractérisent par de petits ulcus ronds, à bords papillomateux. La phase ultime de leur évolution est l'adénocarcinome.

Le foie présente d'énormes tumeurs métastatiques, dont la structure histologique est celle du sarcome fuso-cellulaire.

A. H. R. attribue l'action cancérigène de ces graisses, à l'oxycholestérine qui s'y forme.

ROBERT CORONEL.

**A. H. Roffo et V. Del Giudice.** ***Le traitement radiothérapique du cancer du sein*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 48, Septembre 1938, p. 547-587). — De la statistique de R. et G. se détachent les faits suivants: Survie de plus de 5 ans, chez 40,6 pour 100 des malades (ces chiffres sont déjà, en général, supérieurs au pourcentage obtenu par la chirurgie); dans 31,25 pour 100 des cas, on obtient de plus une disparition de la tumeur. Mais ces résultats sont fonctions de la rapidité de la découverte de la tumeur. La survie étant plus grande, en effet, chez les malades dont le traitement a débuté dans les six premiers mois de la maladie.

A. H. R. et V. G. préconisent la généralisation du traitement purement radiothérapique de ce cancer, et un dépistage de ces formes, par des moyens sociaux divers.

ROBERT CORONEL.

**A. H. Roffo et A. E. Roffo (Jr).** ***Détermination de l'effet photoélectrique sur la cholestérine non irradiée et irradiée par U.-V.*** (*Boletin del Instituto de Medicina Experimental*, an. **15**, n° 48, Septembre 1938, p. 587-599). — Le cholestérol irradié par les rayons ultra-violets présente des phénomènes photoélectriques. Se servant de deux types de cellules photoélectriques, l'une avec cristaux de cholestérine et l'autre en suspension colloïdale de gélatine, A. H. R. et A. E. R. aboutissent aux conclusions suivantes:

L'effet photoélectrique se produit aussi bien avec la cholestérine en cristaux qu'avec celle en suspension.

L'effet photoélectrique est moins intense quand la cholestérine n'est pas irradiée.

ROBERT CORONEL.

### REVISTA MEDICO-QUIRURGICA DE PATOLOGIA FEMININA (Buenos-Aires)

**F. E. Cramer.** ***Réaction de Friedman, constatée sur des greffes d'ovaires sur la chambre antérieure de l'œil de lapine*** (*Revista Medico-Quirurgica de Patologia Femenina*, an. **7**, n° 73, t. **12**, n° 5, Novembre 1938, p. 501-535). — L'importance clinique du diagnostic précoce de la grossesse a poussé C. à se rendre compte des possibilités et des difficultés techniques de la méthode préconisée par Spirito, et Priest et Allen, et à vérifier l'exactitude des réactions de Friedman sur des ovaires ectopiques. Après avoir minutieusement décrit la technique opératoire, l'évolution de ces greffons (chez lesquels persiste longtemps encore l'ovulation) et leur sensibilité aux hormones hypophysaires, C. nous donne quelques conclusions intéressantes.

Non seulement la réaction précoce est possible, mais encore, ces ovaires peuvent servir longtemps après la greffe (337 jours dans un cas). Cependant il attire notre attention sur le fait qu'on ne doit point utiliser ces ovaires avant quatre semaines, à partir de la greffe. Le diagnostic peut être fait très rapidement, mais pour l'affirmer avec certitude, il vaut mieux attendre vingt-quatre heures.

Un même greffon peut servir de nombreuses fois, il convient seulement de laisser entre les réactions un intervalle déterminé par l'évolution de la réaction antérieure et par l'activité propre de l'ovaire.

ROBERT CORONEL.

### REVISTA MEDICA DE ROSARIO (Rosario de Santa Fé)

**M. Sloer.** ***La yohimbinothérapie dans les exophtalmies résiduelles de la maladie de Basedow*** (*Revista Medica de Rosario*, an. **28**, n° 12, Décembre 1938, p. 1235-1250). — Les exophtalmies résiduelles du Basedow posent un problème clinique et thérapeutique important. Sans entrer dans le détail du mécanisme physiologique de ces exophtalmies, S. rappelle les travaux de Labbé, Bezançon et Villaret sur l'action de la thyroïde et l'excitation du sympathique. S. insiste particulièrement sur l'action évidente du sympathique dans les exophtalmies unilatérales sans hyperthyroïdisme.

Les résultats obtenus par injection ou ingestion de chlorhydrate d'yohimbine sont en général satisfaisants, mais malheureusement passagers. Mais le traitement pouvant être répété, il semble que ce soit la médication de choix jusqu'à nouvel ordre dans les exophtalmies résiduelles et qu'elle doit être préférée à la thérapeutique chirurgicale ou à la radiothérapie.

ROBERT CORONEL.

**D. Staffieri, H. A. Kruse et J. P. Picena.** ***Trypanosomiase américaine*** (*Revista Medica de Rosario*, an. **29**, n° 4, Avril 1939, p. 297-325). — Cette entité morbide, découverte il y a 30 ans par Chagas, est assez rare. S., K. et P. viennent d'observer un malade présentant toutes les caractéristiques de cette maladie de Chagas: Infiltration tégumentaire de la face, adénopathies multiples, hépato- et splénomégalies, fièvre et tachycardie avec troubles de conduction.

L'évolution dans ces formes aiguës aboutit à des accidents méningés, souvent mortels. Les formes chroniques, d'un pronostic assez favorable en général, peuvent aboutir cependant à la mort subite par lesion cardiaque.

S., K. et P. terminent en passant en revue la littérature traitant de cette affection parasitologique particulièrement produite par trypanosome Cruzii.

ROBERT CORONEL.

**A. Invaldi et R. Puig.** ***Etude radiologique de la coqueluche*** (*Revista Medica de Rosario*, an. **29**, n° 4, Avril 1939, p. 326-335). — I. et P. nous exposent le résultat de leurs investigations, ayant porté sur 120 cas de coqueluche. 1° 25,83 pour 100 des enfants présentaient un aspect radiologique normal.

2° 52,50 pour 100 présentent une image triangulaire à sommet hilaire et dont la base se confond avec la coupole diaphragmatique.

3° Enfin 21,67 pour 100 des enfants présentent une image de condensation pneumonique ou bronchopneumonique associée à l'image précédente.

I. et P. concluent à la spécificité de ces images.

ROBERT CORONEL.

### BRASIL MEDICO (Rio-de-Janeiro)

**Peregrino Jr.** ***Troubles nerveux et psychiques au cours du diabète*** (*Brasil-Medico*, an. **53**, n° 52, 24 Décembre 1938, p. 1161-1169). — La corrélation étroite qui existe entre la fonction de régulation glycémique et le système nerveux, avait depuis fort longtemps été expérimentalement constatée par Claude Bernard (glycosurie provoquée par la piqûre du 4° ventricule. Puis, postérieurement, d'autres auteurs provoquèrent expérimentalement des glycosuries « chromatinogènes » (Von Noorden) par excitation ou lésion du système nerveux central. A côté de ces expériences, la clinique est venue confirmer ces faits, et l'on a souvent vu l'installation du diabète chez des individus traumatisés, en proie à de fortes émotions, des chocs moraux, etc... Enfin, l'aggravation du diabète par une forte émotion, qui peut conduire au coma diabétique.

Cependant, les troubles qui peuvent se manifester au cours du diabète sont variés et leur étiologie prête à discussion. P. passe en revue les opinions émises par les divers auteurs sur cette question et en trace des tableaux statistiques fort intéressants, mais qui seraient trop longs à transcrire ici.

ROBERT CORONEL.

**J. R. Valle et R. F. de Mello.** ***Effets du café sur le métabolisme, le pouls et la pression artérielle*** (*Brasil-Medico*, an. **53**, n° 1, 7 Janvier 1939, p. 8-10). — V. et M. ont étudié les effets, sur le métabolisme de base: 1° *du café total;* 2° *du café sans caféine;* 3° *du café décaféiné, mais additionné de chlorhydrate de trigonéline*, autre alcaloïde du café, dont les effets ont été décrits par Kohlrausch. Après avoir déterminé le chiffre du métabolisme basal, avant l'expérimentation, V. et M. firent ingérer du café aux sujets. Le métabolisme fut alors enregistré, à l'aide de l'appareil de Benedict-Roth, de 30 en 30 minutes, pendant une durée d'environ deux heures à deux heures et demie après cette ingestion. L'élévation moyenne du métabolisme fut de 5,5 pour 100 (café total); 1,7 pour 100 (café

# ANTISEPTIQUE ORGANIQUE CHLORÉ



sans caféine) et 0,3 pour 100 (café décaféiné *plus* trigonéline). Après ingestion de café total, on note un ralentissement et un affaiblissement du pouls radial, en même temps qu'une augmentation de la pression systolique. Au cours de la deuxième série d'expérience (café sans caféine). Le pouls et la tension artérielle sont à peine modifiés; enfin par l'addition de trigonéline à ce café décaféiné on note une diminution de la fréquence du pouls et une chute de la pression systolique (ce qui peut s'expliquer par l'action vagotonique de ce dernier alcaloïde). V. et M. concluent que l'élévation du métabolisme basal est fonction de la teneur en caféine, du café.

ROBERT CORONEL.

**G. Queiroga.** ***Coloration bleutée du fonds d'œil consécutif à un traitement au bleu de méthylène*** (*Brasil-Medico*, an. **53**, n° 8, 18 Février 1939, p. 285-288). — A propos d'un cas de coloration de l'œil chez un malade atteint de paludisme, et traité par des injections de bleu de méthylène, Q. a pu faire certaines constatations intéressantes.

Le patient étant décédé une dizaine de jours après son entrée dans le service, Q. pratiqua une énucléation, vérifiant ainsi que l'*humeur vitrée* était bien colorée, et gardait une tonalité bleue. Par ailleurs, Q. avait fait au Laboratoire une série d'expériences *in vitro* et *in vivo*.

Lambert-Gerbert avait déjà mentionné cette coloration du vitré, qu'il avait appelée : « Cyanochromie vitrée », et avait suggéré que celle-ci était due à une augmentation d'oxygène dans le corps vitré. Q. pense que cette cyanochromie est plus souvent due à une diminution du processus de réduction. Ses travaux l'ont amené à ce fait « qu'expérimentalement *on peut provoquer* cette coloration par oxygénation du vitré et l'injection de bleu de méthylène par voie intra-veineuse ». Mais chez le malade cette coloration est plutôt due à une diminution de la réduction (probablement par déficience ou absence de glutathion), diminution qui serait responsable du cadre clinique constaté au cours de ces cyanochromies.

ROBERT CORONEL.

## *ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA*

### *(Habana)*

**A. Castellanos** et **R. Pereiras.** ***Le pneumo-médiastin antérieur : une nouvelle méthode de diagnostic au cours des hypertrophies du thymus chez l'enfant*** (*Archives de la Sociedad de Estudios clinicos de la Habana*, t. **32**, vol. 2, n° 8, Octobre-Novembre 1938, p. 421-471). — En 1936, Condorelli eut l'idée, afin d'étudier les processus qui affectent, directement ou non, le médiastin, d'insuffler du gaz (air ou oxygène). Il donna le nom à cette méthode de *pneumo-médiastin artificiel* (soit antérieur, soit postérieur).

Alors que Condorelli se sert pour ses insufflations d'un appareil à pneumothorax, C. et P. emploient une seringue de 50 *cm*³; une aiguille de 10 *cm.* faisant un angle de 120° et dont la pointe est séparée de sa base par 4 *cm.*, un tube de caoutchouc de 12 à 15 *cm.* de long, dont la lumière très faible permette une parfaite adaptation de la seringue et de l'aiguille et une pince de Péan, complètent le matériel nécessaire. Le malade est en décubitus dorsal, la ponction se fait au niveau de la fourchette sternale. La pince de Péan sert à obturer la lumière du tube. La quantité d'air injectée chez l'enfant est environ de 40 à 150 *cm*³, selon l'âge, le développement thoracique, etc...

Cette méthode permet de déceler radiologiquement les hypertrophies thymiques. Celles-ci se traduisent typiquement par des images d'élargissement de l'ombre médiastinale, par des augmentations de surfaces de la base du cœur, par une image pédiculée qui empiète sur l'ombre cardiaque, enfin par une augmentation considérable de l'ombre cardiaque pouvant faire penser à une cardiopathie congénitale. (Toutes ces formes sont illustrées de clichés remarquables, commentés avec précision.)

Après avoir fait le diagnostic différentiel, C. et P. pensent que cette méthode d'exploration radiologique rapportée pour la première fois dans la littérature médicale, appliquée aux hypertrophies thymiques, est susceptible de rendre de très grands services.

ROBERT CORONEL.

## *NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE*

### *(Amsterdam)*

**L. S. Wildervanck.** ***Infection intestinale par des larves de sarcophaga haemorrhoidalis chez un enfant (Myiasis intestinalis)*** [*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 7, 18 Février 1939, p. 756-760]. — W. donne l'observation d'un enfant de 2 ans environ, souffrant depuis près d'une semaine et présentant de la diarrhée au cours de laquelle il émettait des paquets de larves. L'examen du sang ne fut d'ailleurs pas pratiqué. On administra un peu d'huile de ricin qui fit émettre encore des larves. Finalement, l'enfant fut complètement guéri.

Ces larves mesuraient environ 12 *mm.* de long. Elles étaient blanches et présentaient, à l'extrémité céphalique, deux courtes antennes et deux crochets, et à l'extrémité postérieure une couronne de « cornets respiratoires » et des pseudopodes. Au bout d'une semaine, ces larves s'étaient transformées en chrysalides qui, à leur tour, donnèrent naissance à des mouches dont la détermination put être faite. Il s'agissait de *sarcophaga haemorrhoïdalis*, mouche qui donne naissance non pas à des œufs, mais à des larves mettant 8 ou 10 jours pour atteindre leur taille maximum.

Des observations analogues détaillées ont été publiées notamment par Wohl, Rennies, Eysell, Herms et Gilbert, Shrewsbury, Koehler, etc. Haseman est seul à donner une observation due à *S. haemorrhoïdalis*. Dans ce cas, une mère et deux enfants de 9 et 6 ans avaient été infectés. Il semble que les *S. haemorrhoïdalis* provoquent des troubles plus marqués que les autres mouches susceptibles d'infester l'intestin.

L'infection se fait par la viande ou par les légumes sur lesquels les larves sont déposées. La thérapeutique consiste à donner simplement un laxatif. La santonine et le calomel, qui ont été parfois employés, ne donnent pas de résultats. Guiart recommande le thymol.

La myiasis intestinale n'est pas spéciale aux enfants. Contre 24 cas survenus chez les enfants, on en signale en effet, dans la littérature, 42 qui concernent des adultes et dans la plupart des cas l'âge du patient n'est pas indiqué.

P.-E. MORHARDT.

**J. Zeldenrust** et **C. C. Van Beek.** ***Contribution morphologique et expérimentale à la pathogénèse des altérations du foie dans la maladie de Basedow*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 8, 25 Février 1939, p. 889-899). — A l'autopsie de sujets morts de la maladie de Basedow, on a relevé des lésions très diverses du foie. Certains auteurs voient là les effets d'une action toxique alors que d'autres en font des troubles circulatoires d'origine cardiaque. De plus, Rössle a constaté en pareil cas de l'hépatite séreuse (œdème péricapillaire avec érythrocytes et leucocytes). La conception d'après laquelle le foie présente, dans la maladie de Basedow, des altérations toxiques est confirmée par l'existence d'urobilinurie, d'ictère, parfois aussi d'atrophie aiguë, etc. De plus, on sait que la thyroxine fait disparaître le glycogène du foie et, d'après Forsgren, maintiendrait le foie dans un état permanent de sécrétion sans par conséquent permettre à cet organe de passer comme normalement par des phases alternatives de sécrétion et d'assimilation.

Z. et B. décrivent à ce sujet le résultat de deux autopsies très détaillées. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 36 ans, atteinte de maladie de Basedow depuis 12 ans et morte d'insuffisance du foie (hépatodystrophie nécrotique) avec urobilinurie et bilirubinurie, réaction Hijmans Van den Berg très élevée dans le sang, foie gros et douloureux à la palpation. Le second cas concernait un homme de 40 ans, atteint de maladie de Basedow depuis 18 mois, et qui mourut de broncho-pneumonie. Dans le foie on constata, à l'autopsie, de l'hyperémie avec dégénérescence cellulaire et développement séro-hématique dans le péricarde.

Enfin, un examen des constatations faites dans 14 cas au Laboratoire d'anatomie pathologique de Leyde a permis de constater chez les basedowiens l'existence régulière d'atrophie du foie, avec dégénérescence albumineuse et parfois grasse, phénomènes de stase d'origine cardiaque avec dilatation des veines centrales, accompagnés parfois d'hémorragies avec nécrose des cellules hépatiques; en outre l'augmentation du tissu conjonctif a été très fréquemment constatée. C'est là un phénomène qui ne se rencontre guère en cas de foie de stase. L'origine toxique de ces lésions est mise en évidence par le fait que, dans deux de ces cas, il est survenu de l'atrophie jaune aiguë.

P.-E. MORHARDT.

**C. L. C. Van Nieuwenhuizen** et **L. A. Wesly.** ***Le béri-béri dit indigène*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 9, 4 Mars 1939, p. 996-1000). — On a déjà attiré l'attention sur le fait que le béri-béri est parfois observé en Europe occidentale et on sait que les carences de vitamine ne sont pas toujours alimentaires. Des affections gastro-intestinales ou hépatiques peuvent intervenir et créer ainsi notamment un béri-béri entérogène. C'est le cas d'une femme de 60 ans, observée par N. et W., qui se plaint de douleur à la déglutition, de sensations pénibles au niveau de la langue et des commissures, de vomissements, d'amaigrissement et dont le teint pâlit en même temps qu'il survient de l'œdème des jambes, d'abord passager, puis persistant et accompagné de douleurs dans les extrémités.

A l'examen on constate qu'il s'agit d'une femme nerveuse présentant de la perlèche, de la chute des cheveux, des ongles en forme de cuillère, un tremblement fin des mains, de l'exophtalmos modéré et une tuméfaction de la thyroïde; pouls, 100 à 120 par minute; respiration, 28; métabolisme de base, +39 pour 100; hémoglobine, 72 pour 100; érythrocytes, 4,2 millions; index colorimétrique, 0,84. Un certain nombre de ces symptômes montrent qu'il y a avitaminose $B_2$ et d'ailleurs l'administration d'acide nicotique fit disparaître des symptômes (perlèche, douleur à la déglutition et chute des cheveux). On fit également le diagnostic d'avitaminose $B_1$ et le dosage de la vitamine $B_1$ dans l'urine a donné le premier jour néant, puis sous l'influence de l'administration de vitamine $B_1$ (bétaxine) a passé de 150 à 300, et finalement à 1.800 *g.* en 6 jours. L'augmentation de l'aneurine dans l'urine a été assez lente pour qu'on doive admettre l'existence d'un trouble de la résorption. D'ailleurs, sous l'influence de ce traitement, les signes de carence (œdème et polynévrite) disparurent.

Cette avitaminose associée $B_1$ et $B_2$ doit être attribuée pour une part à l'augmentation du métabolisme de base. Mais le régime doit être également incriminé parce qu'il a suffi, après guérison,

d'une dose très faible de vitamine (sous forme de levure) pour éviter les récidives.

P.-E. Morhardt.

**J. Zeldenrust** et **C. C. Van Beek.** ***Contribution morphologique et xpérimentale à la pathogénèse des altérations du foie dans la maladie de Basedow*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 10, 11 Mars 1939, p. 1114-1124). — Les constatations cliniques ou anatomopathologiques faites sur 16 cas de maladie de Basedow ont amené Z. et B. à considérer les lésions du foie observées dans cette maladie comme l'expression d'une altération toxique des cellules hépatiques et de stase cardiaque. Z. et B. ont étudié cette question au point de vue expérimental en administrant des doses de thyroxine faibles (0.2 à 1 *mg.* par jour) de façon à prolonger le plus longtemps possible la durée de l'épreuve. Les réactions présentées par ces animaux furent variables. Dans quelques cas il y eut amaigrissement atteignant parfois 40 à 50 pour 100, suivi de mort dans un état de cachexie. D'autres animaux parurent plus résistants. Au total, la survie a varié de 44 à 302 jours. Le glycogène du foie fut déterminé et les proportions trouvées ont varié de néant à 0,4 et dans un seul cas à 3 pour 100. La proportion de vitamine A a varié de 5 à 40 unités Lévibond. L'examen histologique montra que le foie était atrophié et présentait une hypérémie générale intéressant davantage les capillaires du centre du lobule et manifestement conséquence de stase. Les cellules hépatiques étaient très pauvres en glycogène comme la recherche chimique l'avait d'ailleurs établi. En outre, il a été constaté dans quelques cas des foyers de nécrose localisés au voisinage de la veine centrale. Cette nécrose était si étendue chez un de ces animaux qu'on devait considérer qu'il s'agissait d'atrophie jaune aiguë du foie. Ces deux animaux avaient survécu respectivement 86 et 181 jours. L'examen bactériologique du foie de ces animaux a permis de retrouver notamment des colibacilles. Quant à la teneur en vitamine A, elle n'a pas plus été modifiée par la thyroxine que par le jeûne.

A plusieurs reprises, il a été constaté des altérations du myocarde qui rendaient la stase cardiaque assez vraisemblable. Enfin, une nécrose étendue d'une surrénale a été notée chez un animal et la rate a été souvent remarquablement riche en pigments ferrugineux, ce qui tend à montrer que, dans la maladie de Basedow, la destruction du sang est plus rapide que normalement.

P.-E. Morhardt.

**J. P. Kellermann-Slotemaker.** ***L'emploi de papaïne, ferment fibrinolytique, pour prévenir la production d'adhérences péritonéales*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 11, 18 Mars 1939, p. 1207-1211). — La transformation de dépôts péritonéaux fibrineux en adhérences fibreuses varie suivant la constitution des malades, de sorte qu'on a été amené à invoquer, chez les malades présentant des adhérences d'origine opératoire, l'existence d'une diathèse chéloïdienne.

Pour éviter ces adhérences, on a conseillé de recouvrir les anses intestinales avec de la gaze imbibée de solution salée, de recourir à la graisse humaine ou à de l'huile, d'utiliser des fragments d'épiploon, d'éviter le traumatisme que provoque la gaze sèche et rude, etc.

D'autre part, on a songé depuis longtemps aux ferments fibrinolytiques et notamment à la trypsine. Mais ce ferment provoque rapidement l'apparition d'antitrypsine qui a pour effet d'anéantir l'action de la trypsine. La papaïne, qui est d'origine végétale, et qui est également fibrinolytique, n'a pas cet inconvénient. De plus, elle a l'avantage d'agir bien à 37° et pour un *pn* de 5, en même temps que d'être facilement stérilisée soit par filtration, soit par chauffage à 100°.

Une laparotomie médiane, pratiquée par K.-S. sur 12 cobayes, a permis de constater que la papaïne, à la concentration utilisée, est bien tolérée et qu'elle est capable de prévenir l'apparition d'adhérences qui se produisent à la suite de scarification de la séreuse et du péritoine, suivie de badigeonnages à la teinture d'iode. Il a pu être introduit dans la cavité abdominale du lapin 40 $cm^3$ d'une solution à 1/1.000 sans provoquer de troubles et sans agir non plus sur la solidité du catgut.

K.-S. a utilisé la papaïne chez 6 malades. Dans deux de ces cas il s'agissait de laparotomie pratiquée de nouveau pour rompre des adhérences anciennes. Chez les 4 autres malades, il s'agissait de prendre des mesures de prophylaxie. Dans tous ces cas, la dose a été de 100 $cm^3$ d'une solution de papaïne à 1 :20.000 dans une solution salée physiologique.

Bien qu'il ne soit pas possible de tirer des conclusions des constatations ainsi faites, il semble, d'après K.-S., que la papaïne doive être employée pour prévenir les adhérences qui se forment à la suite de processus infectieux.

P.-E. Morhardt.

**P. J. Van Gulik.** ***La graduation selon Martzloff des néoplasmes pavimenteux du col de l'utérus et le pronostic du traitement par irradiation*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 83, n° 12, 25 Mars 1939, p. 1333-1339). — Il existe entre l'anaplasie et la malignité des relations sur lesquelles on a fondé des tentatives de classification ou de graduation des cancers de manière à faire un pronostic précis. Martzloff a ainsi proposé, en 1922, de diviser les cancers du col en trois groupes correspondant aux types de cellules rencontrées dans les trois couches de la muqueuse, celui des cellules épineuses, grandes et polyédriques avec membrane bien visible, celui des cellules de transition et enfin, celui des cellules basales, en forme de fuseau, avec noyau allongé. Tandis que les tumeurs correspondant au premier de ces groupes auraient une évolution lente mais résisteraient aux irradiations, au contraire, les tumeurs du groupe III auraient un pronostic relativement favorable. A cette classification, G. remarque qu'on peut objecter l'élément personnel qui intervient dans l'appréciation des coupes histologiques. D'un autre côté, dans un tiers des cas les résultats de la biopsie ne coïncident pas absolument avec ceux de la tumeur dans son ensemble. G. a donc été amené à préciser ces questions et à examiner toutes les préparations de cancer du col qui ont été faites au laboratoire Leeuwenhoek, entre 1923 et 1933. L'ensemble de ces préparations s'est élevé à 241 dont 229 de carcinomes pavimenteux et 12 de carcinomes adénomateux. Au total il a pu être examiné les préparations de 180 femmes qui ont été traitées par l'irradiation et qui ont été ultérieurement suivies de près.

Dans 8 de ces cas, la révision des préparations a modifié la graduation, ce qui constitue une différence proportionnelle de 4,5 pour 100. Dans 120 cas, les tumeurs rentraient dans un seul des trois groupes et dans 60 cas il y avait mélange de deux sortes de cellules. Au total, 15,5 pour 100 appartenaient au groupe I; 46,1 pour 100 au groupe II et 5 pour 100 au groupe III. Les formes mixtes appartenaient aux groupes I et II dans 20 pour 100, aux groupes II et III dans 12,2 pour 100 et aux groupes III et I dans 1,2 pour 100 des cas. Le nombre des guérisons a été au maximum dans le groupe I (39,3 pour 100 ± 6,20 pour 100) et au minimum dans le groupe III (11,1 pour 100 ± 7,02). Le groupe mixte I et II comprenant 36 femmes a donné lieu à un nombre de guérisons de 38,8 pour 100 ± 5,46. Il ne semble pas que cette classification ait une bien grande importance au point de vue du pronostic.

Si on prend en considération l'état clinique et si on fait une classification en trois groupes : mauvais, moyen et bon, on arrive à constater que, dans le premier groupe, toutes les malades sont décédées alors que dans le 3e, 54,4 pour 100 ont guéri. Avec la classification adoptée par l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations le nombre des guérisons s'est élevé à 50 pour 100 pour les groupes I et II et à 11,3 pour 100 pour les groupes III et IV.

P.-E. Morhardt.

## *LA RIFORMA MEDICA*
### *(Naples)*

**D. Zanello** (Bologne). ***La réaction de Donaggio dans les traumatismes cranio-cérébraux*** (*La Riforma medica*, an. **54**, n° 43, 29 Octobre 1938, p. 1635-1638). — On sait que la réaction de Donaggio ou phénomène d'obstacle est une réaction destinée à mettre en évidence le pouvoir empêchant qu'ont certaines urines et certains liquides céphalo-rachidiens vis-à-vis de la précipitation d'une solution de thionine par le molybdate d'ammoniaque; cette réaction est attribuée à la présence dans l'urine ou le liquide de substances de nature colloïdale. Z. a étudié la réaction de Donaggio chez une série de sujets ayant subi un traumatisme cranien depuis la commotion simple jusqu'aux lésions cranio-cérébrales graves, avec ou sans fracture de la voûte ou de la base : chez tous les malades examinés, la réaction est devenue rapidement positive : au bout de quelques heures en général, dans deux cas seulement au bout de 24 heures (il s'agissait dans ces deux cas de lésions contusives simples n'ayant pas donné lieu à d'autres signes pathologiques); l'intensité de la réaction s'est montrée proportionnelle à la gravité du traumatisme et la réaction s'est atténuée parallèlement à la disparition des signes objectifs. Z. estime que la réaction de Donaggio donne sur le déséquilibre humoral produit par les traumatismes du crâne des renseignements utiles et pratiques pour l'établissement du pronostic comme pour le point de vue médico-légal.

Lucien Rouquès.

**A. Chiasserini** (Rome). ***Interventions uni- et bilatérales sur les surrénales dans le traitement de la thrombo-angéite oblitérante des membres inférieurs*** (*La Riforma medica*, t. 54, n° 47, 26 Novembre 1938, p. 1791-1794). — Une expérience de 10 ans, portant sur plus de 100 sujets avant des troubles circulatoires graves des membres inférieurs pour la plupart du type de la thrombo-angéite oblitérante, a convaincu C. que si l'on intervient à un stade pas trop avancé, on obtient dans une proportion notable des cas des résultats très satisfaisants et parfois même une véritable guérison clinique par la sympathectomie lombaire uni- ou bilatérale; toutefois, il subsiste des échecs surtout chez les malades opérés trop tard et l'amputation peut devenir nécessaire. En un an, C. a observé 4 malades qui avaient déjà subi l'amputation d'un membre et dont l'autre membre gardait un état circulatoire inquiétant malgré une sympathectomie lombaire; de tels cas posent un problème thérapeutique délicat. Dans le 1er cas, C. dut amputer la deuxième jambe. Dans le 2e cas, une surrénalectomie gauche procura une amélioration réelle mais de courte durée; pensant que le tissu glandulaire avait pu se régénérer, C. pratiqua l'ablation d'une moitié de la surrénale droite qui était plutôt volumineuse; les douleurs disparurent, l'état local s'améliora lentement et on put se contenter de régulariser le moignon du pied, sans recourir à l'amputation haute qui paraissait d'abord nécessaire. Dans le 3e cas, la surrénalectomie gauche subtotale ne donna pas de résultats; l'ablation d'une partie de la glande droite fit disparaître les douleurs et cicatriser la plaie. Dans le 4e cas, l'affection fut stabilisée par l'ablation de la surrénale gauche. Chez deux autres malades, ne

présentant que des signes unilatéraux, une sympathectomie lombaire uni- ou bilatérale, puis une surrénalectomie unilatérale, ne donnèrent aucun résultat.

LUCIEN ROUQUÈS.

### *MINERVA MEDICA*
### *(Turin)*

A. **Bellomo** (Turin). ***Expériences cliniques sur le traitement des ulcères gastriques et duodénaux et des gastrites hyperchlorhydriques par les injections intraveineuses de brome et d'atropine*** (*Minerva Medica*, an. 29, t. 2, n° 46, 17 Novembre 1938, p. 489-493). — B. a étudié dans 5 cas de gastrite hyperchlorhydrique et dans 5 cas d'ulcère gastrique ou duodénal les effets des injections intraveineuses de brome et d'atropine préconisées récemment par Landau et Hejman; modifiant légèrement la technique de ces auteurs, il a employé une solution telle qu'à chaque injection, le malade recevait 1 *mg.* de sulfate d'atropine et une quantité de bromo-oxyéthyl-amine correspondant à 77 *cg.* de brome; les injections étaient faites quotidiennement jusqu'à un total de 20 à 50. Chez tous les hyperchlorhydriques, B. a noté la guérison dont témoignait la disparition de tous les signes pathologiques, subjectifs, objectifs et fonctionnels; chez les ulcéreux, il a constaté une amélioration nette des signes subjectifs pouvant persister plusieurs mois; mais les anomalies de la sécrétion gastrique et celles des images radiologiques sont presque toujours restées les mêmes ou n'ont été que faiblement modifiées.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. **Ricciardi** (Rome). ***Recherches expérimentales sur les caractères du principe antipernicieux de Castle*** (*Minerva Medica*, an. 29, t. 2, n° 46, 17 Novembre 1938, p. 500-504. — R. a étudié l'action érythrostimulante du suc gastrique en utilisant une modification de la technique de Singer (recherche de la crise réticulocytaire chez le rat blanc après injection du suc); il a constaté que l'action érythrostimulante du suc gastrique pur était strictement liée à l'acidité de ce suc, sa neutralisation partielle ou totale diminuant ou supprimant complètement son action; si on a fait digérer par le suc gastrique des produits carnés, il conserve ses propriétés stimulantes même après neutralisation et ces propriétés sont même particulièrement intenses. Etant donné que l'acidité n'est qu'un facteur adjuvant et nécessaire lorsqu'on emploie le suc gastrique pur et remarquant que chaque fois qu'on injecte à un rat du suc pur on provoque la digestion de ses tissus, R. arrive à la conclusion qu'un principe anti-anémique est libéré au cours de la digestion des substances protéiques par le suc, que ces substances soient les aliments ou les tissus de l'animal utilisé comme test.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. **Turchetti** (Bari). ***Considérations cliniques sur un cas de péritonite méningococcique circonscrite en apparence idiopathique chez un adulte*** (*Minerva Medica*, an. 29, t. 2, n° 49, 8 Décembre 1938, p. 570-573). — L'observation de T. est tout à fait exceptionnelle et il n'a retrouvé dans la littérature qu'un seul cas analogue du à Mœltgen (1917). Un homme de 29 ans présente de violentes douleurs diffuses à tout l'abdomen avec vomissements, diarrhée et température à 38°; les douleurs s'atténuent au bout de quelques jours; le malade peut se lever mais reste sans appétit avec des alternatives de diarrhée et de constipation; trois mois plus tard, survient une nouvelle crise de diarrhée intense avec vomissements; puis une tuméfaction au flanc gauche apparaît et le malade entre à l'hôpital. L'état général est mauvais, la température autour de 38°; l'abdomen est augmenté de volume surtout dans sa moitié gauche; pas de dilatations veineuses cutanées, pas d'hyperthermie locale; le palper montre une résistance diffuse dans tout le ventre, surtout nette à gauche où l'on perçoit une masse arrondie du volume d'une tête de fœtus, allant presque de l'épine iliaque au rebord costal et à la ligne médiane; cette masse est mate, immobile, fluctuante en son centre, légèrement douloureuse; le foie déborde d'un travers de doigt, la rate est accrochée sous les côtes dans les fortes inspirations. T. porte le diagnostic probable de péritonite à pneumocoques que la ponction semble confirmer en ramenant un pus crémeux, verdâtre; après incision et drainage, le malade sort guéri de l'hôpital au bout de 20 jours. L'examen bactériologique du pus montra que cette péritonite localisée était due au méningocoque A; T. pense que l'infection a eu un point de départ intestinal et qu'elle s'est propagée au péritoine par voie lymphatique.

LUCIEN ROUQUÈS.

### *ANNALI DELL' ISTITUTO CARLO FORLANINI*
### *(Rome)*

V. **Monaldi** (Rome). ***Procédé d'aspiration endocavitaire des cavernes tuberculeuses du poumon (bases théoriques)*** [*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 10, Octobre 1938, p. 665-682]. — L'étude de la physio-pathologie des cavernes permet d'adopter les conclusions suivantes: 1° la bronche de drainage (ou l'ensemble des bronches qui s'ouvrent dans la cavité) ne permet dans la plupart des cas qu'une arrivée et un départ de l'air atmosphérique inférieurs aux variations volumétriques que la caverne subit au cours des phases respiratoires; il en résulte que le gaz endocavitaire n'a pas une pression constante, celle-ci présentant un abaissement inspiratoire et une augmentation expiratoire.

2° La dépression endocavitaire inspiratoire agit sur l'anneau cavitaire d'une façon inverse de celle qu'exerce la traction de la paroi thoracique, mais habituellement elle n'arrive pas à neutraliser ses effets nocifs.

3° L'hyperpression endocavitaire expiratoire agit dans le même sens que la paroi sur le tissu pulmonaire qui sépare la caverne de la périphérie du poumon et tend à en provoquer l'atélectasie; celle-ci peut dans certains cas être assez étendue.

4° Le tissu péricavitaire atélectasié augmente dans les conditions habituelles le traumatisme respiratoire; mais il a son utilité lorsqu'un processus de rétraction de la caverne se manifeste spontanément ou après une opération, en occupant l'espace laissé libre par la diminution de volume de la cavité et en absorbant les actions mécaniques produites par le jeu de la paroi.

Partant de ces données, M. a imaginé de traiter certaines cavernes par l'aspiration au moyen d'un petite tube introduit dans leur cavité à travers la paroi thoracique; faite à plusieurs reprises chaque jour, l'aspiration lorsqu'elle est supérieure à la traction exercée sur la paroi amène la rétraction de la caverne; la réduction du volume de celle-ci entraîne la redistension de la zone péricavitaire atélectasiée ou l'augmentation de l'expansion du parenchyme voisin; au fur et à mesure que la caverne diminue et qu'autour d'elle un tissu bien aéré se reconstitue, les actions mécaniques pariétales se font de moins en moins sentir; l'aspiration endocavitaire permet d'éliminer les produits de sécrétion et de désagrégation et d'en éviter ainsi la rétention. Quatre observations montrent les premiers résultats que peut donner ce procédé dont les indications et la technique seront précisées dans un article ultérieur.

LUCIEN ROUQUÈS.

O. **Sossi** (Rome). ***La déclivothérapie, facteur important de détente pulmonaire*** (*Annali dell' Istituto Carlo Forlanini*, t. 2, n° 10, Octobre 1938, p. 701-712). — S. insiste avec observations à l'appui sur l'utilité de la position déclive après phrénicectomie, suivant la méthode préconisée par Julien, Foix et Mattei, Bernou, Perin, etc... Après résection du phrénique, l'hémidiaphragme paralysé n'exerce plus sur le poumon comme à l'état normal un effort de traction qui s'oppose à la détente du poumon; mais cette détente reste incomplète car le poids des organes abdominaux et particulièrement du foie qui sont solidaires du diaphragme, s'y oppose; il arrive même que la force représentée par le poids des viscères arrive à contrebalancer la force de rétraction du poumon si bien que l'hémidiaphragme ne s'élève pas. En position déclive, la réduction de la capacité de la cage thoracique est notable et la détente du poumon beaucoup plus importante; elle porte sur tout le poumon mais principalement sur l'axe vertical qui peut diminuer du tiers ou de la moitié lorsque les pieds de devant du lit sont haussés de 80 *cm.*; on ne les soulèvera que peu à peu, par 20 *cm.*, de façon à atteindre les 80 *cm.* en 15 à 20 jours.

LUCIEN ROUQUÈS.

### *LA CLINICA MEDICA ITALIANA*
### *(Bologne)*

A. **Fortunato** (Naples). ***L'épreuve de l'histamine dans le pneumothorax*** (*La Clinica medica italiana*, an. 69, n° 11, Novembre 1938, p. 719. — En utilisant la propriété qu'a l'histamine d'entraver dans certaines conditions l'absorption de l'oxygène par le poumon, on peut mettre en évidence les anomalies fonctionnelles latentes les plus faibles de l'appareil respiratoire. F. a recherché chez 9 tuberculeux avant et après l'institution d'un pneumothorax uni- ou bilatéral les variations de la fréquence du pouls et de la respiration, de la pression artérielle, de la capacité vitale, du temps d'apnée et du coefficient respiratoire, aussitôt avant et 10, 20 et 30 minutes après l'injection intraveineuse de 1 *mg.* d'histamine; comparant l'importance des variations observées avec les réactions produites par le pneumothorax, il conclut que l'épreuve à l'histamine est utile, car elle permet de prévoir que les malades supporteront mal le pneumothorax bilatéral; elle peut aussi servir de moyen de contrôle pendant la collapsothérapie en faisant craindre l'apparition d'insuffisance fonctionnelle aiguë. Si le pneumothorax bilatéral est parfois mal toléré chez des sujets ayant des poumons lésés, il est facilement supporté, même avec une forte pression, chez les sujets ayant des poumons sains; les épreuves à l'histamine faites par F. chez des lapins subissant un pneumothorax double n'ont montré aucune anomalie.

LUCIEN ROUQUÈS.

### *LA CLINICA*
### *(Milan)*

G. **Sotgiu** (Padoue). ***Sur l'insuffisance hépatique*** (*La Clinica*, t. 4, n° 1, Janvier 1938, p. 1-60). — Le terme d'insuffisance hépatique est conventionnel parce que beaucoup des éléments du syndrome qu'on attribue à cette insuffisance relèvent en réalité d'un dysfonctionnement ou d'une véritable intoxication par les produits qui se forment dans les lésions parenchymateuses du foie; il est indispensable d'admettre l'existence d'insuffisances partielles et dissociées. Les épreuves fonctionnelles n'ont de signification que pour la fonction qu'elles concernent et dans les circonstances où on les a effectuées. Parmi les signes cliniques, l'amaigrissement et les troubles gastro-intestinaux ont peu de valeur; on doit, au contraire, attacher de l'importance aux signes de diathèse hémorragique, aux

troubles nerveux (insomnie nocturne, somnolence post-prandiale, asthénie, irritabilité, mélancolie), aux troubles du métabolisme hydrique, aux altérations cutanées (taches pigmentaires, étoiles vasculaires); il est vraisemblable que le foie joue un rôle indirect dans les affections allergiques par insuffisance protéopexique ou antitoxique; la nature certainement ou probablement avitaminosique de certains troubles (héméralopie, kératomalacie, polynévrites, signes d'anémie pernicieuse, etc.) est admise par S.

Dans la grande insuffisance hépatique, S. distingue des formes ictériques (aiguës et chroniques) et anictériques (chroniques et peut-être aussi aiguës); elles ne sont pas fatales sans exception; les grandes manifestations hémorragiques et nerveuses sont les indices du pronostic le plus grave; à la période terminale, le collapsus est parfois dominant. Les insuffisances moyennes sont très variées; chez certains sujets souffrant de troubles gastro-intestinaux chroniques, la symptomatologie hépatique fonctionnelle est assez riche tandis que les signes objectifs sont faibles ou nuls; il s'agit probablement dans ces cas de cirrhoses anascitiques. Parmi les petites insuffisances, S. distingue celles qui sont aiguës, transitoires et bénignes, survenant au cours de nombreuses infections et intoxications et que, seul, l'examen fonctionnel révèle habituellement, et celles qui sont chroniques, dues le plus souvent à des lésions digestives, dont la symptomatologie clinique est riche et qui ont deux types principaux: l'hépatisme cholémique et l'hépatisme uricémique de Glénard.

Les maladies des échanges et celles des glandes endocrines comportent des troubles du fonctionnement du foie que l'on ne peut regarder comme des insuffisances. Tous les sujets n'ont pas un foie d'une même valeur fonctionnelle et on peut admettre l'existence d'une méiopragie hépatique. On peut soupçonner l'existence d'insuffisance hépatique partielle et spécifique dans certaines affections du foie (glycogénèse) et dans d'autres où le facteur hépatique est moins évident (ictères hémolytiques, anémies pernicieuses, certaines diathèses hémorragiques, affections allergiques).

En conclusion, S. admet que le diagnostic de l'insuffisance hépatique peut et doit être un diagnostic essentiellement clinique.

Lucien Rouquès.

### GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE
### (Venise)

**G. Galluzzi** (Venise). ***Les paraplégies pottiques dans l'enfance*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **13**, n° 1, Janvier 1939, p. 49-62). — Sur 244 cas de mal de Pott chez des sujets de 1 à 15 ans, G. a observé 20 paraplégies, soit 8 pour 100, dont 12 relevant d'une compression par abcès, 3 relevant d'une compression osseuse, 4 relevant d'une pachyméningite et 1 d'une compression par conglomérat tuberculeux intra-rachidien en voie de calcification. La durée de la période qui s'écoule entre le début de la maladie et l'apparition de la paralysie n'a aucune valeur pour le diagnostic de la cause de la compression; la paraplégie est complète, symétrique et s'installe rapidement dans les compressions par abcès ou par coin osseux; la radiographie permet de distinguer facilement ces deux variétés car elle a mis en évidence chez les malades de G. la lésion osseuse dans 3 cas sur 3 et l'abcès dans 11 sur 12; la paraplégie est au contraire incomplète, asymétrique et s'installe lentement dans les pachyméningites; le diagnostic des compressions par conglomérat intra-rachidien est très difficile et ne peut parfois être posé que par la laminectomie car la coexistence avec un abcès paravertébral est possible.

Dans l'ensemble, il y a eu comme résultats immédiats: 11 guérisons, 2 améliorations, 3 cas stationnaires et 4 morts; comme résultats lointains: 8 guérisons (compressions par abcès: 5 sans opération, 3 après costo-transversectomie de Ménard), 3 améliorations (1 compression par abcès, 1 compression par pachyméningite toutes deux non opérées, 1 compression osseuse opérée par hémilaminectomie et résection du coin osseux), 2 résultats stationnaires (1 compression par abcès non opérée, 1 pachyméningite opérée), 7 morts (2 compressions par abcès non opérées, 1 compression par conglomérat intra-rachidien opérée, 2 compressions osseuses dont une seule opérée, 2 pachyméningites non opérées).

En général, G. préfère le traitement non opératoire; toutefois, il est partisan de l'intervention lorsque la paraplégie persiste plus de 7 à 8 mois sans s'améliorer.

Lucien Rouquès.

### ANALES DE LA FACULTAD DE CIENSAS MEDICAS
### (Lima)

**C. Monge, J. Méjia, V. Palti et A. Salas.** ***Sur quelques points de biochimie du sang, considéré comme un système physico-chimique, aux hautes altitudes du Pérou*** (*Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*, t. **21**, n° 2, Septembre 1938, p. 237-263). — M., M., P. et S., après de multiples expériences ont remarqué que:

1° Le pH sanguin augmente avec l'altitude.

2° La courbe physiologique de la dissociation de l'hémoglobine dévie à gauche jusqu'à 4.000 *m.*, au-dessus elle dévie à droite.

3° La calcémie des habitants des hautes altitudes est supérieure à celle des habitants de la plaine.

4° Les habitants des montagnes élevées accusent une hyperprotéinémie sérique.

5° La carbocidèse est augmentée.

En général, on assiste à une augmentation des taux sanguins. Tout se passe comme si les tissus « avaient le pouvoir de s'adapter mieux et de réagir, selon un mode inconnu, afin d'acquérir une bonne acclimatation! »

Robert Cononel.

**A. Rotta.** ***La circulation aux hautes altitudes*** (*Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*, t. **21**, n° 2, Septembre 1938, p. 285-355) — R. a examiné les caractéristiques de la circulation chez 18 sujets habitant à 4.538 *m* d'altitude et a comparé ses résultats avec ceux obtenus sur 22 habitants du bord de la mer. Cette comparaison lui a permis d'apprécier certaines modifications de la fonction circulatoire des Andins, sans toutefois formuler de conclusions définitives.

Augmentation de l'indice cardiaque, pulsations plus rapides, travail plus intense du cœur. Augmentation du volume total du sang (expérimentation sur animaux de ces altitudes, en comparaison avec des animaux de la plaine). Augmentation des éléments du sang. L'aire cardiaque est plus grande chez ces montagnards. L'étude de la vitesse de circulation (méthode à l'éther et à la décholine) montre une diminution de celle-ci. La tension artérielle est augmentée.

Robert Cononel.

### MEDYCYNA
### (Varsovie)

**R. Bernhardt.** ***Contributions cliniques à la connaissance de la sclérodermie atypique*** (*Medycyna*, 21 Mai 1939, n° 10, p. 415-420). — Au cours de la sclérodermie progressive à grandes plaques et de la sclérodermie en gouttes on peut observer des lésions scléro-atrophiques de la muqueuse pharyngée. Les troubles de salivation et de déglutition sont dans ces cas particulièrement caractéristiques. Il existe une dysphagie avec un ralentissement notable de la déglutition.

Six cas de sclérodermie atypique, étudiés par B., permettent de mettre en évidence les variétés cliniques de cette maladie et les différences de l'évolution clinique observées dans ces cas.

La sclérodermie circonscrite en gouttes, ou white spot disease, mérite une attention particulière en raison des rapports de cette dermatose avec le lichen scléreux. L'étude anatomo-pathologique prouve que les différences de l'image microscopique de ces affections sont plus quantitatives que qualitatives. Il apparaît donc que la méthode histologique ne peut pas résoudre le problème pathogénique des affections sclérodermiques.

Il semble qu'au lieu de détailler davantage le tableau des maladies sclérodermiques il faut réunir divers types cliniques en un syndrome qui engloberait diverses affections sclérodermiques d'origine inconnue, apparaissant sur le tégument cutané ayant une prédisposition particulière.

L. Chwatt.

### ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
### (Copenhague)

**A. Boon.** ***Anatomie comparée et physiopathologie des centres autonomes hypothalamiques*** (*Acta psychiatrica et neurologica* Supplément **XVIII**, p. 1-129). — Dans cette importante monographie, B. étudie sucessivement les centres autonomes hypothalamiques qu'il divise en centres hypophysaires et non hypophysaires, et il passe en revue les connections vasculaires et nerveuses entre l'hypophyse et les centres hypothalamiques hypophysaires.

L'anatomie comparée des centres autonomes hypothalamiques chez les plagéostomes, les téléostéens, les amphibies, les reptiles et les poissons, puis chez les mammifères et chez l'homme sont étudiés en particulier. Et B. expose les diverses opinions ayant pour objet de diviser les centres hypothalamiques en ortho- et para-sympathiques.

L'étude des troubles végétatifs hypophysaires et non hypophysaires au cours des lésions hypothalamiques, le rôle de l'hypothalamus dans le métabolisme général sont étudiés dans un important chapitre. B. passe successivement en revue l'action de ces centres sur les diverses glandes à sécrétion interne, thyroïde, ovaires et testicules, surrénales, et les syndromes morbides qui peuvent en résulter; leur rôle dans le métabolisme de l'eau et du chlorure de sodium, dans le métabolisme des glucides, dans la thermorégulation, dans l'équilibre de la pression sanguine, la vaso-constriction et la vasodilatation périphérique, dans le fonctionnement du cœur et celui de l'appareil respiratoire, dans le métabolisme des graisses et des protides, dans l'équilibre des divers constituants du milieu sanguin, dans la genèse de certaines manifestations viscérales et de troubles psychiques variés, dans le mécanisme du sommeil, dans la genèse de l'épilepsie.

Ainsi donc, les faits expérimentaux et cliniques montrent l'importance du thalamus dans la régulation des mécanismes hormonaux et végétatifs. Toutefois l'on peut observer des lésions importantes du thalamus sans troubles fonctionnels appréciables, ce qui suppose l'existence de centres de suppléance. Pour certaines fonctions végétatives chez les vertèbres inférieurs, les centres autonomes bulbaires et spinaux sont sans doute susceptibles d'assumer ce rôle.

Il est évident d'autre part que pour certaines fonctions végétatives, le thalamus constitue un simple relai entre le cortex et les centres autonomes inférieurs.

H. Schaeffer.

# REVUE DES JOURNAUX

## ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

**Robert Messimy.** ***Les effets chez l'homme des lésions préfrontales*** (*Annales de Médecine*, t. 45, n° 5, Mai 1939, p. 321-362). — Dans des travaux antérieurs, M. a étudié, avec J. Finan, les effets chez le singe de l'ablation des lobes préfrontaux, et, avec W.-J. German, des symptômes analogues retrouvés chez l'homme.

Il a, d'autre part, entrepris dans le service du prof. Harvey-Cushing, à l'Université de Yale (New-Haven, U.S.A.), la revue des tumeurs frontales opérées par ce fondateur de la neuro-chirurgie. C'est le résultat de cette étude qu'il relate dans cet important mémoire, basé sur l'analyse de 172 observations, dont 96 gliomes, 70 méningiomes et 6 tumeurs diverses.

Il en dégage une esquisse du syndrome frontal, ou mieux, préfrontal. Il étudie d'abord les troubles fonctionnels, accusés par le malade ou son entourage: céphalée, troubles de l'équilibre, crises convulsives, troubles sensitifs et sensoriels, parmi lesquels une place à part est à faire aux paresthésies spontanées, aux hallucinations, à divers troubles sensoriels portant notamment sur l'olfaction, et à divers autres troubles. Parmi les troubles objectifs, révélés par l'examen du malade, il convient d'insister au point de vue neurologique sur l'étude des nerfs craniens, l'étude de la force et du tonus musculaire, les modifications des réflexes, les troubles cérébello-vestibulaires, les troubles sensitifs, les troubles psychiques, avec tendance fréquente à l'euphorie, les troubles de l'activité et les troubles du langage.

Un chapitre spécial est consacré aux méningiomes supra-sellaires, où les symptômes frontaux sont inconstants et discrets, probablement en raison du petit volume de ces tumeurs.

M. expose ensuite les renseignements anatomo-pathologiques et présente des considérations générales mettant en valeur certains des troubles observés, dont il présente une interprétation pathogénique tenant compte notamment de relations des lobes frontaux avec les noyaux thalamiques.

L. Rivet.

## GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

**P. Nayrac, L. Gernez** et **R. Duval** (Lille). ***Sur les psychoses gravidiques et puerpérales*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. 112, n° 29, 12 Avril 1939, p. 483-498). — Il faut écarter de ce cadre les observations de troubles mentaux survenus au cours de la puerpéralité, mais où celle-ci n'a joué qu'un rôle accessoire dans la genèse de la psychose. Sur 100 observations recueillies au cours des 6 dernières années à la clinique psychiatrique, 4 fois des troubles psychiques sont apparus au quatrième mois, au septième mois de la grossesse ou à l'accouchement chez des syphilitiques avérés pour évoluer ensuite comme une paralysie générale banale. Quatre fois, la grossesse détermina en apparence un état dépressif ou un syndrome de perversité qu'un examen attentif montra lié à une encéphalite épidémique prolongée. Dans 3 cas, il s'agissait de manifestations confusionnelles violentes chez des épileptiques et une fois d'une psychose polynévritique chez une alcoolique enceinte.

Dans une autre série de faits, le trouble mental ne constitue qu'une manifestation accessoire dans le tableau clinique d'une grave complication obstétricale, par exemple dans 4 cas de péritonite, dans 8 cas de septicémie.

82 observations sont des psychoses puerpérales proprement dites et présentent un air de famille. On peut distinguer trois formes: confusionnelle, maniaque, mélancolique qui, dans la réalité, se mélangent en des aspects mixtes et ne correspondent pas à des conditions étiologiques différentes.

La primiparité et l'âge de la malade sont des éléments de peu d'importance. Les âges se répartissent entre 18 et 49 ans. Les trois quarts des psychoses apparaissent à l'occasion de l'accouchement, les autres, au cours de la grossesse, se répartissant assez également entre les 9 mois.

Le rôle du terrain paraît très important. Dans 8 ou 9 cas sur 10, on peut affirmer l'existence de facteur de fragilité psychique antérieure à la grossesse.

Nombre d'observations mettent en évidence la fréquence de l'infection.

L'examen viscéral donne les résultats que l'on trouve dans la plupart des psychoses toxi-infectieuses; l'examen obstétrical est peu fructueux et sensiblement normal.

Le pronostic vital est relativement bon, mais il faut souligner la longueur de l'évolution. Les psychoses ne sont pas, en principe, une indication à l'avortement thérapeutique.

Robert Clément.

**A. Merland** et **H. Ollivier.** ***Vitamine C et encéphalites psychiques azotémiques*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. 112, n° 39, 17 Mai 1939, p. 689-695). — Chez 6 femmes âgées de 24 à 50 ans et présentant des troubles psychiques: confusion mentale, état maniaque aigu avec température et azotémie variant entre 0 *g.* 50 et 1 *g.* 30, des injections quotidiennes de 0 *g.* 10 d'acide ascorbique lévogyre correspondant à 2.000 unités internationales, ont produit un résultat favorable, associées au traitement habituel: bains prolongés, tonicardiaques, extrait hépatique, etc.

Au point de vue général, la température tombait le plus souvent le jour suivant la première injection; dans 2 cas, elle n'a diminué qu'au 4e jour. En même temps, le taux de l'urée sanguine s'abaissait et à la fin du délire, le taux de l'urée ne dépassait par 0 *g.* 25. L'agitation et l'insomnie cessaient, l'appétit revenait, le facies, très touché, revenait à la normale et l'état général s'améliorait rapidement.

L'action sur le tube digestif n'était pas moins nette. En quelques jours la bouche saburrhale, à odeur repoussante, devenait propre, rose et humide.

Au point de vue mental, les phénomènes confusionnels régressaient, les malades sortaient de leur état de torpeur. L'excitation cérébrale et l'agitation motrice diminuaient et le délire se calmait.

Robert Clément.

## PARIS MÉDICAL

**J. Minet** et **H. Warembourg.** ***Le traitement de l'état de mal asmathique par les chocs insuliniques répétés*** (*Paris-Médical*, t. 29, n° 17, 29 Avril 1939, p. 357-361). — Le traitement de l'état asthmatique par les chocs insuliniques tire ses indications de l'échec d'autres traitements plus simples que l'on est toujours autorisé à utiliser au préalable et dont les effets sont souvent satisfaisants. Le choc insulinique doit être préféré à l'anesthésie chloroformique dont les effets sont passagers et qui n'est pas exempte de dangers et à l'abcès de fixation. Les asthmes dans la genèse desquels le processus d'anaphylaxie joue le rôle essentiel sont les moins favorables à la thérapeutique insulinique. Au contraire, les asthmes dits bronchiques sont justiciables de cette méthode.

Les contre-indications sont peu nombreuses: l'association d'une insuffisance rénale et surtout association d'une insuffisance cardiaque.

L'insuline est injectée quotidiennement à des doses progressives en commençant par 10 unités et en augmentant de 10 unités par jour. L'arrêt de la progression est conditionnée par la sédation de la dyspnée et l'intensité du choc produit. Le plus souvent ce double but est atteint entre 60 et 90 unités. Il peut l'être avec 30 unités; dans un cas, il a fallu 100 unités. Il faut s'efforcer d'amener le malade jusqu'au bord du coma, mais il semble inutile de laisser celui-ci se prolonger. Dès qu'il s'installe, on le dissipe par administration de sirop de sucre par la bouche, si cela est encore possible, ou par la sonde nasale.

Dans 4 cas, la sédation de l'état de mal asthmatique a été constante. Le résultat est souvent durable. Une fois, les crises d'asthme se sont reproduites peu après la fin de la cure, une autre fois, la rechute ne s'est faite qu'après 6 mois de calme.

Le mécanisme d'action est encore très obscur. L'hypothèse paraissant la plus vraisemblable à M. et W. est que l'hypoglycémie, en privant de glucose la cellule nerveuse rend celle-ci inapte à utiliser l'oxygène. Cet état d'anoxémie ou d'asphyxie de la cellule nerveuse, en produisant une intense excitation sympathique, serait favorable à la guérison de l'asthme.

Robert Clément.

**N. Fiessinger** et **F. P. Merklen.** ***La cirrhose ictéro-pigmentaire xanthomateuse*** (*Paris-Médical*, t. 29, n° 20, 20 Mai 1939, p. 419-426). — Cette dénomination s'applique à une cirrhose hypertrophique avec mélanodermie, sans glycosurie, mais avec xanthélasma et dépôts xanthomateux multiples.

Ces symptômes ont été observés chez un homme de 43 ans, qui, depuis 9 mois, souffrait de douleurs dans l'hypocondre droit, survenant par crises et devenant de plus en plus fréquentes, avec amaigrissement et subictère des conjonctives. Le foie était gros, dur, lisse, régulier et non douloureux; des épistaxis fréquentes, l'urobilinurie et l'épreuve de la galactosurie montraient un certain degré d'insuffisance hépatique.

La mélanodermie progressive rappelait par son aspect la pigmentation addisonienne, l'asthénie intense, l'hypotension artérielle de plus en plus accentuée, l'extrême sensibilité à l'insuline sont des

arguments en faveur d'une insuffisance surrénale associée, ainsi que la terminaison rapide dans un tableau de collapsus tensionnel sans symptôme de grande insuffisance hépatique.

Le xanthélasma des paupières atteignait une importance exceptionnelle et des placards xanthomateux existaient sur l'épaule droite, à la face externe de la cuisse et au niveau des mains. La cholestérolémie varia de 3 *g.* 50 à 5 *g.* La cirrhose et l'ictère ont nettement précédé l'apparition des xanthomes cutanés. Ce serait la forte hypercholestérolémie et la longue évolution qui aurait permis au processus xanthomateux d'atteindre cette intensité inaccoutumée.

Dans le cadre hypertrophique des cirrhoses avec ictère, celle-ci mérite une place à part en raison de la mélanodermie, de l'hypercholestérolémie et de l'importance des dépôts xanthomateux cutanés. Elle ne doit pas être confondue avec la xanthomatose essentielle et primitive aboutissant secondairement à une cirrhose biliaire xanthomateuse.

Robert Clément.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**Lafargue, Bergouignan, Lafon** et **Caillon.** ***Deux observations de névralgies sciatiques par hernie méniscales opérées et guéries*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **60**, n° 29, 16 Juillet 1939, p. 447-450). — Un cultivateur de 46 ans ayant présenté des crises douloureuses du membre inférieur gauche à allure paroxystique, partant de la région lombaire et s'irradiant en éclair dans la cuisse, la radiographie de la colonne vertébrale ne montra rien qu'une légère scoliose. Le lipiodol injecté au niveau de la région lombaire haute s'arrête au niveau du disque L-IV L-V, le diagnostic d'arachnoïdite est posé. La laminectomie permet d'accéder sur une néoformation dure, blanchâtre, adhérant à la face profonde du canal rachidien et soulevant les formations nerveuses. Son abrasion nécessite l'usage de la pince-gouge, de la curette, du ciseau et du maillet.

Un maçon de 57 ans ayant présenté à plusieurs reprises des crises de douleurs lombaires, alternant avec des douleurs dans le membre inférieur droit, la radiographie de la colonne vertébrale montra des signes banaux de lombarthrite. L'exploration lipiodolée ayant donné une image d'arrêt complet au niveau du bord inférieur de la 4e vertèbre lombaire, une laminectomie fut pratiquée. La dure-mère était doublée par une coque blanchâtre, dure, avec, sur les deux côtés, des petits nodules adhérant à la face postérieure des corps vertébraux. Après incision de la dure-mère, on découvrit des productions blanchâtres de consistance cartilagineuse avec un nodule fibro-chondromateux du volume d'une noisette, refoulant les racines rachidiennes.

Au cours d'une intervention pour compression radiculaire ou de la queue de cheval, il faut, en présence d'une arachnoïdite, aller plus avant, très habituellement, on trouvera la lésion responsable du tableau clinique et de l'arachnoïdite elle-même. Vu l'importance des productions fibro-cartilagineuses qui repoussaient les racines, seule l'exérèse radicale pouvait donner un résultat satisfaisant.

Robert Clément.

### JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

**Creyx** et **R. Massière.** ***Le potassium du sang dans les cardiopathies*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **116**, nos 18-19, 6-13 Mai 1939, p. 481-493). — La proportion des ions minéraux dans le sang est non seulement nécessaire pour le fonctionnement cardiaque, mais une proportion mutuelle des cathions Na, Ca, K, dans les liquides de perfusion est indispensable pour la survie du cœur. Les rapports Na/Ca, K/Ca doivent avoir une certaine valeur pour que l'activité cardiaque soit maintenue.

Le taux normal du potassium globulaire est aux environs de 4,20 par litre, celui du potassium plasmatique est de 0,20, celui du sérum un peu plus élevé, 0,22.

Dans 4 cas de cardiopathies parfaitement compensées (2 mitraux, une maladie d'Hodgson et un pouls lent), les chiffres de potassium globulaire et plasmatique étaient voisins de la normale.

Dans 8 cas de cardiopathies avec trouble considérable du rythme, sans encombrement circulatoire périphérique, ni œdème, le potassium globulaire était très diminué, le potassium plasmatique était normal.

Dans un troisième groupe d'affections cardiaques, avec signes accusés d'insuffisance circulatoire périphérique, en particulier œdème et épanchement séreux, mais sans signes de lésions rénales, le taux du potassium globulaire s'abaissait au début de la période de décompensation, pour s'élever de façon continue pendant la période des œdèmes et pendant celle de leur disparition. Le potassium plasmatique restait sensiblement normal et constant.

Chez les cardio-rénaux vrais (4 cas), le potassium globulaire suit, en période d'œdème, les mêmes cycles que chez les cardiaques purs; le potassium plasmatique est constamment élevé et toujours supérieur à 0,25.

Cette augmentation nette du potassium plasmatique est un moyen de discrimination entre les états cardio-rénaux et les états cardiaques purs avec défaillance rénale momentanée.

Robert Clément.

### LYON MÉDICAL

**Sargnon** et **Chauviré.** ***Relations entre les kérato-conjonctivites et les lésions nasales*** (*Lyon-Médical*, t. **162**, n° 26, 25 Juin 1939, p. 745-764). — Il existe des relations cliniques entre les kérato-conjonctivites et les affections nasales.

Le syndrome du nerf nasal est formé d'un processus inflammatoire du segment antérieur de l'œil, de douleurs oculaires et orbitaires très prononcées, de rhinorrée et de signes nasaux. Les douleurs spontanées surviennent par crises et siègent dans toute la face. Elles cessent après application d'un anesthésique comme la cocaïne adrénaline sur la pituitaire, dans la partie antérieure des cornées. L'efficacité de cet attouchement est un signe de névrite du nerf nasal.

A côté de ce syndrome bien défini il y a des kérato-conjonctivites d'origine nerveuse avec une influence nasale qui n'apparaît pas de prime abord, mais dans ces cas la thérapeutique endo-nasale, et particulièrement la phénolisation du ganglion palatin, est souvent suivie de succès.

Dans le zona ophtalmique, la phénolisation des ganglions sphéno-palatins, surtout par badigeonnage, donne de bons résultats pour combattre les douleurs. Ce traitement améliore aussi les douleurs de l'herpès conjonctivo-cornéen, tout en laissant évoluer le processus éruptif.

Dans les lésions traumatiques des fosses nasales, et surtout des sinus, se développent souvent des phénomènes infectieux secondaires qui retentissent sur le système oculaire, de même dans les cancers de la région nasale et des sinus, on observe parfois des inflammations sinusiennes périorbitaires et de l'exophtalmie.

Dans les kérato-conjonctivites avec lésions nasales infectieuses, les germes en cause peuvent être très variés.

Robert Clément.

### LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (Lyon)

**P. Bonnet** et **L. Paufique.** ***Les greffes de la cornée*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 462, 5 Avril 1939, p. 223-231). — Les progrès de la chirurgie oculaire permettent d'appliquer la greffe de la cornée au traitement des leucomes cornéens.

Toutes les tentatives de greffes kératoplastiques de l'animal à l'homme ont échoué: elles se terminent par l'opacification du greffon.

On peut utiliser pour prélever le greffon la partie cornéenne périphérique restée transparente ou les yeux énuclés pour raison traumatique ou pour glaucome. Le meilleur matériel de prélèvement pour la kératoplastie est l'œil de cadavre. Il est préférable de faire le prélèvement le plus tôt possible après la mort et d'opérer avec un intervalle très court. En raison de l'intérêt social de cette opération, il semble que l'infraction à la règle légale des 24 heures ne soit pas un obstacle insurmontable. Les complications post-opératoires sont la chute du greffon, les complications infectieuses et surtout l'hypertension oculaire. L'hypertension oculaire détermine à elle seule les deux accidents principaux de la greffe cornéenne, l'ectasie du greffon et son opacification secondaire.

Il est encore trop tôt pour donner une impression exacte des résultats de la greffe cornéenne. Les statistiques globales des différents opérateurs donnent 38 pour 100 environ d'implant clair, 25 pour 100 de translucide et 34 pour 100 de trouble.

Les résultats sont surtout variables suivant l'origine du greffon. Les yeux de cadavre donnent 45 pour 100 de bons résultats, la cornée normale prélevée sur le vivant donne 70 pour 100 de bons résultats, les greffons provenant d'yeux malades ne donnent que 25 pour 100 de résultats favorables.

Les perfectionnements apportés à la technique permettront d'étendre cette opération non seulement aux opacités diffuses de la cornée, mais aux leucomes partiels.

Robert Clément.

### MARSEILLE MÉDICAL

**H. Roger.** ***La neuro-syphilis exotique*** (*Marseille-Médical*, t. **76**, n° 17, 15 Juin 1939, p. 765-781). — On a longtemps nié l'existence de complications nerveuses ou psychiques au cours de la syphilis des indigènes. Actuellement on ne les méconnaît plus. Toutes les formes de syphilis nerveuses peuvent être observées.

Les formes méningo-vasculaires de la syphilis nerveuse sont de beaucoup les plus fréquentes. L'artérite cérébrale est la cause de nombreuses hémiphlégies. L'épilepsie syphilitique a été signalée chez les indigènes de l'Afrique du Nord et chez les nègres. La méningo-myélite syphilitique d'Erb est considérée comme la plus fréquente des manifestations médullaires en Indochine. Les nerfs craniens auraient été trouvés touchés 66 fois sur 610 cas d'atteinte syphilitique du névrax en Indochine.

Le tabes et la paralysie générale sont rares. Il faut éviter de confondre le tabes avec les polynévrites béribériques et les syndromes neuro-anémiques.

Chez les indigènes, la paralysie générale serait plus souvent la forme dépressive et démentielle que la forme expansive. Les réactions humorales sont souvent incomplètes.

La syphilis nerveuse congénitale semble avoir encore été peu étudiée. Elle jouerait un rôle dans l'épilepsie et la débilité mentale des enfants de l'Afrique du Nord.

Dans une statistique indochinoise, sur 1.282 syphilis tertiaires, on compte 610 localisations nerveuses, 46 syphilis cérébrales ou P.G., 122 radiculites ou tabes, 376 myélites et paraplégies d'Erb.

Les conditions de vie de l'indigène interviennent peut-être dans la fréquence des localisations cutanées par rapport à la syphilis nerveuse. L'alcoolisme, qui est un facteur prédisposant, est rare chez l'indigène, et le paludisme joue peut-être le rôle de facteur empêchant.

Robert Clément.

### ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
### (Paris)

**J. Baumel** et **H. Serre** (Montpellier). ***La sténose pylorique d'origine vésiculaire*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **29**, n° 3, Mars 1939, p. 241-267, 4 fig.). — Il s'agit, à l'exclusion des simples spasmes pyloriques, des sténoses organiques du pylore et de la région juxtapylorique du duodénum, relevant d'une affection vésiculaire, et dont B. et S. apportent 4 observations démonstratives.

Deux fois les malades ont guéri par le seul traitement médical; deux fois la guérison n'a été obtenue que grâce au traitement chirurgical : ablation d'un calcul en voie de migration cholécysto-duodénale, cholécystectomie, et gastro-entérostomie dans un cas, gastro-entérostomie seulement dans l'autre cas.

Parmi les causes de sténose, deux sont habituelles : le calcul en migration et la périduodénite; trois facteurs interviennent dans la constitution de la sténose : l'obstacle mécanique, l'infection et le spasme.

Les symptômes réalisent un syndrome assez complexe de signes gastriques et de signes vésiculaires. Les formes médicales sont surtout spasmodiques, les formes chirurgicales surtout mécaniques.

Le pronostic reste grave, en raison des difficultés opératoires et de l'infection locale.

Le diagnostic est surtout à faire avec les sténoses ulcéreuses ou cancéreuses, et c'est souvent l'opération seule qui permet le diagnostic.

Le traitement chirurgical est à la fois gastrique et vésiculaire, et comporte souvent à la fois une cholécystectomie et une gastro-entérostomie.

J. Okinczyc.

**J. Blitstein** (Liège). ***Contribution à l'étude de l'hyperglycémie provoquée*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **29**, n° 3, Mars 1939, p. 268-299). — C'est une étude des variations de la différence capillo-veineuse au cours de l'hyperglycémie alimentaire et adrénalinique.

Dans le groupe des diabétiques, l'augmentation de la différence capillo-veineuse après absorption de glucose a été, chez la majorité des malades, beaucoup plus faible que chez les sujets normaux. Cette insuffisance d'utilisation du sucre par les tissus périphériques dépend d'une insuffisance de fonction endocrine du pancréas.

Dans le groupe des troubles endocriniens, il y a une faible augmentation de la différence capillo-veineuse qui est en rapport avec une hypo-insulinémie, par prédominance des hormones antagonistes.

Dans le groupe des hépatiques, la différence capillo-veineuse est à peu près normale; en faible augmentation dans les suppurations chroniques.

Dans les autres affections, l'utilisation périphérique du glycose est normale.

Dans l'hyperglycémie adrénalinique, les variations capillo-veineuses sont faibles.

La recherche de ces variations permet de déterminer l'origine centrale ou périphérique des hyperglycémies pathologiques au cours des différentes affections.

J. Okinczyc.

### JOURNAL DE CHIRURGIE
### (Paris)

**E. Delannoy** et **R. Demarez.** ***L'hypotension du liquide céphalo-rachidien consécutive aux traumatismes fermés du crâne*** (*Journal de Chirurgie*, t. **53**, n° 4, Avril 1939, p. 449-460). — L'hypotension du liquide céphalo-rachidien dont Leriche a indiqué les signes, en 1915, dans une étude sur les plaies de guerre du crâne, n'est pas l'apanage des pertes de substance cranio-cérébrales avec écoulement de liquide; sa recherche manométrique l'a fait observer dans les traumatismes fermés du crâne, même sans fracture et à la suite de simples contusions cérébrales.

D. et D. en ont observé 3 cas en moins de 2 ans et sa fréquence a pu être estimée à 10, à 16, à 22 pour 100 des cas (Lafargue et Guérin).

Le tableau clinique est fait de céphalées intenses surtout occipitales, de vertiges, de nausées et vomissements, d'asthénie musculaire et psychique. Il se constitue parfois dès le traumatisme (*hypotension primitive aiguë*) accompagné d'une agitation extrême, inconsciente et désordonnée du blessé; plus souvent il apparaît après la phase commotionnelle (*hypotension secondaire*); enfin, et ce serait le cas le plus fréquent, il se révèle tardivement (*hypotension séquelle*), ou n'est qu'une hypotension secondaire méconnue, non traitée, et qui sera désormais rebelle au traitement.

Les signes énumérés ne sont pas, comme on le voit, particuliers à l'hypotension et, quoique leur aggravation par la position assise et leur atténuation par la position couchée du blessé présente une valeur diagnostique (Tinel), c'est la ponction lombaire manométrique qui permet seule d'en attribuer la cause à l'hypotension qui ne pourra être affirmée que lorsque le chiffre de la tension sera descendu à 10 $cm^3$ d'eau et au-dessous.

Alors que les traumatismes cranio-cérébraux sont en règle suivis de vaso-dilatation avec hypertension, c'est ici une constriction vaso-motrice post-traumatique des vaisseaux endo-craniens qui entraîne l'effondrement de la tension artérielle intra-cranienne et l'inhibition de la sécrétion du liquide par les plexus choroïdes.

Les traitements sont à répartir en deux groupes.

*Traitement palliatif, symptomatique*, cherchant à reconstituer la masse du liquide céphalo-rachidien non pas directement par injection intra-rachidienne de sérum qui provoque une réaction méningée, mais indirectement par voie sanguine. L'injection intra-veineuse de sérum artificiel peut, en augmentant la masse sanguine, provoquer une transsudation dans les espaces sous-arachnoïdiens (doses faibles de 150 $cm^3$ répétées, conseillées par Leriche). Il existe aussi une médication hypotonique qui, par injection intraveineuse d'eau distillée (20 $cm^3$ par injection), agirait en diminuant la tension osmotique du sang circulant et provoquant ainsi, vers les espaces sous-arachnoïdiens, un appel des molécules d'eau à partir du sang. Cette injection hypotonique a été utilisée par D. et D. sans accidents d'hémolyse, mais aussi sans résultats hypertensifs notables chez 3 blessés; cet insuccès les conduit à se prononcer pour l'avenir en faveur de fortes doses de sérum salé isotonique ou légèrement hypotonique (3 pour 1.000) à forte dose et à la température de 40°.

*Traitement pathogénique, spasmolytique*, qui cherche à exciter la fonction sécrétoire des cellules choroïdiennes.

Dans un cas unique, D. et D. ont utilisé l'association acétylcholine (0 *g.* 10) — hyohimbine (0 *g.* 01) avec un succès manométriquement vérifié et après échec des injections hypotoniques.

Les conclusions accordent des succès aux diverses thérapeutiques et gardent des doutes sur les explications physio-pathologiques données ; elles agiraient en créant un choc destiné à détruire un équilibre hémo-rachidien artificiellement créé et à faire cesser le spasme qui, depuis le traumatisme, étranglait les vaisseaux choroïdiens.

P. Grisel.

### REVUE DE CHIRURGIE
### (Paris)

**R. Dieulafé** et **M. Grimoud** (Toulouse). ***Les « gros bras » consécutifs au traitement du cancer du sein*** (*Revue de Chirurgie*, an. **58**, n° 3, Mars 1939, p. 161-187). — Il s'agit ici tout particulièrement d'œdèmes chirurgicaux, dont le facteur lymphatique, veineux, nerveux, infectieux ou cancéreux, peut être invoqué.

Il semble bien que la suppression d'un vaste territoire lymphatique ne suffise pas à provoquer l'œdème du membre correspondant ; il lui faut une infection surajoutée par oblitération extensive et rétrograde d'origine inflammatoire ou néoplasique.

L'oblitération veineuse ne semble pas, à elle seule, suffire à entraîner un œdème persistant; il faut faire intervenir un trouble nerveux vaso-moteur qui joue le rôle principal.

Les résections musculaires étendues favorisent une élongation des vaisseaux et leur compression.

La rœntgenthérapie complémentaire, les complications post-opératoires, lymphangites, phlébites, enfin les récidives cancéreuses peuvent intervenir dans la production de ce gros bras œdémateux.

Une étude clinique portant sur 65 cas a permis de déceler parmi les causes d'œdèmes : 20 récidives, 19 phlébites, 9 infections locales; enfin 17 cas relèvent de causes non évidentes.

Le traitement s'inspire de ces éléments étiologiques ou pathogéniques; c'est ainsi qu'il convient dans certains cas de traiter les récidives, d'exciser les cicatrices qui enserrent le paquet vasculo-nerveux; on a pratiqué également l'infiltration novocaïnique du ganglion étoilé, sa résection, la sympathectomie, la résection de la veine axillaire.

La lymphangioplastie de Handley ou de Walther ne donne qu'une amélioration passagère. En désespoir de toute action efficace, il faut se résigner à l'amputation ou à la désarticulation de l'épaule.

J. Okinczyc.

### REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
### (Strasbourg)

**L. Torres Barbosa.** ***Formes cliniques de l'infection à spirochaeta ictero-hemorragiae chez l'enfant*** (*Revue française de Pédiatrie*, t. **15**, n° 1, 1939, p. 51-101). — T. public les observations de *maladie spirochétoxique* recueillies depuis le travail de Julien Marie et P. Gabriel, dans le service du prof. Debré, à l'hôpital Herold. Tenant compte, parmi les observations antérieures de celles qui sont le mieux étudiées, et s'appuyant sur 4 cas personnels, T. met en relief les faits qui lui paraissent les plus importants, et aboutit aux conclusions suivantes :

La découverte de plus en plus fréquente de l'affection chez l'enfant, à mesure que la symptomatologie en est mieux connue, prouve que sa rareté n'est qu'apparente.

Toutes les formes cliniques peuvent être observées chez l'enfant comme chez l'adulte. Cependant, ce sont les formes anictériques, spécialement la méningite spirochétosique, qui sont de beaucoup les plus fréquentes chez l'enfant.

Bien que l'infection puisse s'observer à tous les âges, ce sont surtout les enfants de 7 à 15 ans qui sont atteints, en raison des causes habituelles de contamination : bains de rivière, de piscines ou d'étangs, contacts avec les rats.

Bien que le tableau clinique ne soit pas toujours caractéristique, il faudra songer à ce diagnostic en présence d'affections à début brusque, s'accompagnant de fièvre élevée, de céphalée et de vomissements, toutes les fois que la notion de contagion hydrique ou professionnelle (ouvriers d'abattoirs, bouchers, égoutiers, etc.) sera relevée dans l'interrogatoire et aussi lorsque le groupement symptomatique des myalgies, d'herpès, d'injections conjonctivale sera réalisé.

C'est surtout en présence de trois tableaux cliniques qu'il faudra penser systématiquement à l'étiologie spirochétosique avant de conclure à des diagnostics imprécis : le syndrome méningé, le syndrome ictérique et le syndrome typho-grippal.

Malgré la facilité relative du diagnostic clinique,

la certitude de la nature spirochétosique de la maladie ne peut être fournie que par les épreuves biologiques : le séro-diagnostic de Martin et Pettit et l'inoculation des humeurs ou des urines au cobaye.

L'évolution, quel que soit le type clinique, est toujours bénigne chez l'enfant. La guérison spontanée, sans séquelles et sans rechute, est la règle.

La connaissance de la maladie spirochétosique permet au pédiatre de préciser la cause d'un bon nombre de méningites séreuses estivales, d'ictères ou de syndromes fébriles dont l'étiologie demeurait jusqu'ici imprécisée.

G. Schreiber.

### REVUE DU RHUMATISME
### (Paris)

**B. Schlesinger** (Londres). ***Mesures prises en Angleterre pour combattre le rhumatisme juvénile*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **6**, n° 3, Mars 1939, p. 238-244). — La maladie de Bouillaud, avec son pourcentage élevé de cardiopathies, est un problème de telle importance, en Angleterre, qu'on a été amené à prendre à son endroit des mesures rigoureuses.

Lorsque la crise aiguë est terminée, il est important que l'enfant reste sous surveillance médicale. Pour réaliser celle-ci dans les meilleures conditions, on a créé dans la campagne de Londres, des hôpitaux de convalescence, la vie en plein air donnant aux enfants beaucoup plus de chances de se débarrasser de toute infection résiduelle. Le lieu de séjour doit être choisi avec soin, les bâtiments édifiés en vue de leur destination particulière, un personnel médical et infirmier spécialisés est indispensable. Londres possède actuellement plus de 1.000 lits dans des formations de cet ordre et la plupart des villes anglaises sont en train de faire de même. Les jeunes rhumatisants sont très surveillés quant à l'évolution du processus rhumatismal, on améliore leur état général et on supprime toute infection focale.

Londres possède en outre 20 cliniques anti-rhumatismales capables d'établir un diagnostic précis, de surveiller le mode de vie et la santé des enfants rhumatisants, particulièrement lorsqu'ils sont atteints de cardiopathies.

16 pour 100 des enfants sortis de l'hôpital, après une attaque de maladie de Bouillaud, sont incapables d'aller dans un établissement scolaire ordinaire. On a créé, à Londres, 29 écoles réservées aux enfants physiquement déficients. La moitié sont des cardiaques. L'enfant reste 5 heures et demie à l'école, y compris le repas de midi et le repos consécutif.

La lutte contre le rhumatisme aigu est complétée par des visites à domicile et l'aide à la famille pour améliorer les conditions sanitaires du logement et pour continuer à surveiller l'enfant après la sortie de l'école et l'orienter vers une carrière possible, après l'avoir amené au degré d'exercices et au genre de vue qu'il peut supporter.

Robert Clément.

### LA SEMANA MEDICA
### (Buenos-Aires)

**Mamerta Acuna** et **Armando Lobo**. ***La réaction de Kline dans la recherche de la syphilis : ses premiers résultats*** (*La Semana Medica*, an. **46**, n° 7, 16 Février 1939, p. 341-344). — La réaction de Kline nécessite seulement 1/10 de $cm^3$ de sérum ou 1/3 de $cm^3$ de sang, prélevé à la pulpe et aspiré dans un tube capillaire.

Le sang est mis en contact avec deux émulsions de cholestérine et d'antigène, respectivement pour les réactions d'*exclusion* et de *diagnostic*.

La réaction d'exclusion est extrêmement sensible : même douteuse avec réaction de diagnostic négative, elle doit être tenue pour négative aussi ; elle se montre douteuse en effet chez 6 pour 100 de sujets de sérum normal.

G. d'Heucqueville.

### LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
### (Buenos-Aires)

**A. H. Roffo** et **V. del Giudice**. ***Le traitement radiothérapique du cancer du sein*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. **26**, n° 5, 1er Février 1939, p. 241-248). — R. et G. ont traité, de 1929 à 1934, sur 679 malades atteintes de cancer du sein, 138 d'entre elles par la radiothérapie seule, soit, éliminés les cas parvenus au dernier degré, 99 malades retenues pour la statistique.

Ils administrent tantôt des doses massives de rayons, tantôt des doses fractionnées. Ils déconseillent la biopsie.

La radiothérapie seule donne 40 pour 100 de survies après 5 ans. Parmi ces survies, la moitié avait été traitée dès la première période, 40 pour 100 dans la seconde période et 10 pour 100 dans la troisième période. Les deux tiers avaient été traités dans les 6 premiers mois d'évolution, le tiers après 6 mois.

Ces chiffres soutiennent avantageusement la comparaison avec les chiffres obtenus en recourant aux méthodes chirurgicale et mixte.

G. d'Heucqueville.

**J. Michans**. ***Ostéochondrite généralisée (maladie de Morquio)*** [*La Prensa Medica Argentina*, an. **26**, n° 6, 8 Février 1939, p. 310-326]. — La maladie de Morquio consiste en une ostéodystrophie avec altérations congénitales du squelette, laxité articulaire et retard considérable de développement : elle diffère essentiellement de l'achondroplasie.

M. rapporte l'observation très complète d'une jeune malade de 14 ans, hospitalisée pour impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche. Développement statural réduit. Front olympien. Cypho-scoliose à convexité gauche. Chevauchement des doigts. Laxité articulaire. Souffle aortique.

L'examen radiologique montre la disparition de la tête fémorale, de la glène scapulaire et du squelette carpien.

Le diagnostic se posait avec l'achondroplasie, la dyschondroplasie d'Ollier et le rachitisme.

G. d'Heucqueville.

### BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
### (Bruxelles)

**H. de Stella**. ***Quatre signes de grande valeur pour le diagnostic topographique des tumeurs cérébrales*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 6e série, t. **4**, n° 5, 1939, p. 187-195). — Le diagnostic topographique d'une tumeur cérébrale offre parfois des difficultés insurmontables; quatre signes peuvent contribuer dans une large mesure à localiser la tumeur, dans l'étage antérieur ou dans le postérieur.

La paralysie associée des yeux du côté lésé qui accompagne une tumeur, se manifestant seulement par des phénomènes généraux, permet de situer la lésion dans l'étage postérieur, soit dans le cervelet, soit dans son voisinage. Il ne faut pas confondre cette paralysie avec la déviation conjuguée des yeux, provoquée par une lésion située beaucoup plus haut, par exemple dans la capsule interne.

Les troubles du langage peuvent être considérés comme faisant partie du syndrome cérébelleux. Dans un cas d'abcès cérébelleux chez un enfant de 4 ans, le langage de l'enfant était lent, difficile et traînant. Il s'agit donc d'une sorte de dysarthrie qu'il ne faut pas confondre avec l'aphasie motrice d'origine frontale.

Le nystagmus indépendant du mouvement de la tête et déclenché uniquement par son inclinaison vers la droite ou la gauche pendant que le tronc reste immobile, que l'on appelle « nystagmus de position », est de pathogénie encore discutée. D'après une expérience personnelle portant sur 3 cas, ce symptôme serait un signe de tumeur cérébrale de l'étage postérieur.

Dans les tumeurs infratentoriales (du cervelet, du pont de Varole, du plancher du 4e ventricule) on a trouvé une grande sensibilité de l'organe vestibulaire pour les épreuves caloriques dans 7 cas sur 10, une sensibilité normale dans un cas et une aréflexie complète dans 2 cas.

Robert Clément.

**M. de Laet** et **M. Wiser** (Bruxelles). ***Contribution à l'étude de la pathologie des soudeurs à l'arc*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 6e série, t. **4**, n° 5, 1939, p. 240-249). — Cette étude porte sur 12 ouvriers pratiquant constamment la soudure à l'arc électrique et accessoirement la soudure au chalumeau oxyacétylénique depuis 2 à 27 ans, et 2 ouvriers se livrant uniquement à la soudure oxyacétylénique depuis 10 ans pendant huit heures par jour environ.

La symptomatologie subjective comporte une remarquable fréquence de troubles gastro-intestinaux et des petits signes d'irritation ou de fatigue de l'appareil de la vision ; 11 ouvriers accusent des troubles dyspeptiques caractérisés le plus souvent par des crampes épigastriques, survenant par périodes de 5 à 6 mois, généralement accompagnées de pyrosis et d'éructations aigres ou acides après le repas. Certains signalent des nausées et des vomissements. Ces symptômes sont assez souvent objectivés par les examens cliniques et radiologiques : constance de troubles fonctionnels reposant dans bon nombre de cas sur une lésion parfois imprécise, ulcus net dans 2 cas, présomption d'ulcus dans 4 cas.

Les troubles subjectifs de la vue siégeraient surtout à gauche, 7 de ces travailleurs se plaignent de larmoiement, 5 de fatigabilité à la lecture, 2 fois sont signalés la photophobie, la sensation de cuisson ou de chaleur des yeux, le besoin de sommeil après le travail. Aucun de ces sujets n'avait de signes objectifs de lésions oculaires.

Les petits signes d'encombrement bronchique sont peu fréquents, mais d'autres symptômes subjectifs sont attribués à l'exercice de la profession, tels que nausées, besoin de sommeil, oppression thoracique ou dyspnée, céphalée, fatigue, myalgie, engourdissement des membres, insomnie, nervosité, etc...

Chez tous ces soudeurs on a constaté une polyglobulie comprise entre 6.370.000 et 8.490.000. L'hémoglobine varie de 75 à 95 pour 100. La formule leucocytaire est caractérisée par une prédominance des lymphocytes dans 9 cas, des polynucléaires dans 4 cas.

La pathogénie de ces troubles est discutée. La soudure à l'arc électrique constitue une source abondante d'ions de charge électrique différente, la teneur de ceux-ci est particulièrement élevée dans l'air respiré par l'ouvrier et ces ions aux concentrations envisagées sont susceptibles de déterminer toute une série de modifications des diverses fonctions de l'organisme.

Robert Clément.

### O HOSPITAL
### (Rio de Janeiro)

**O. Versiani**. ***Syndromes d'hypersensibilité sino-carotidienne*** (*O Hospital*, vol. **15**, n° 4, Avril 1939, p. 697-717). — V. relate trois cas de syndrome d'hypersensibilité des sinus carotidiens. A ce sujet il fait une mise au point des dernières acquisitions faites dans ce domaine nouveau de la

H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE. — « La Cure Bulgare dans les séquelles postencéphalitiques ». *La Presse Médicale*, n° 62, 4 août 1937.
J. PAILLAS. — « Traitement de la Maladie de Parkinson ». *Provence Médicale*, n° 75, 15 décembre 1937.
J. LEREBOULLET. — « Le traitement belladoné des syndromes parkinsoniens ». *Paris Medical*, 22 janvier 1938.
J. ROURE. — « La Cure Bulgare dans les séquelles postencéphalitiques ». *Thèse Marseille*, 28 février 1938.
PANEGROSSI. — « Sulle recenti acquisizioni nella cura del parkinsonismo encefalitico ». *Il Policlinico Sez. Prat.*, année 42, n° 30, p. 1487, juillet 1935.
L. FERRANNINI. — « La cura bulgara di alcuni postumi di encefalite letargica ». *Il Policlinico Sez. Prat.*, année 42, n° 20, p. 967, 20 mai 1935, et n° 31, p. 1544, 5 août 1935.

pathologie, qui a pris son essor après les travaux de Hering, Heymans et Weiss.

Il n'est pas rare, à côté des vertiges, de rencontrer d'autres symptômes : perte de connaissance, crises convulsives, etc. Ces malades, atteints de crises comitiales, doivent être soigneusement examinés, afin d'établir une discrimination d'avec les épileptiques.

La thérapeutique, médicale ou chirurgicale, selon les cas, donne de bons résultats. Le dernier mode thérapeutique, l'irradiation du sinus par les rayons X, essayé par Canula, J. G. Queralto et M. Gonzalez, et, en France, par Bénard, Uhry et Brun, ne semble pas donner d'aussi bons résultats que les moyens chirurgicaux ou médicaux.

ROBERT CORONEL.

**R. Britto.** ***La parathyroïdectomie dans le rhumatisme chronique*** (*O Hospital*, vol. **15**, n° 4, Avril 1939, p. 745-760). — Préconisée, en 1926, par Oppel, qui pratiqua cet acte opératoire chez des rhumatisants, cette méthode, à côté de quelques résultats encourageants, avait subi beaucoup d'échecs. Passant en revue les facteurs divers qui entrent en ligne de compte dans le rhumatisme, B. pense que l'indication réelle de cette intervention est le rhumatisme ankylosant.

L'action sur les symptômes est, en général, assez nette; atténuation des douleurs qui, dans beaucoup de cas, disparaissent totalement.

L'ankylose disparaît partiellement, plus ou moins selon les articulations, mais celles-ci voient leurs tissus, infiltrés, redevenir normaux.

Par contre, les déformations ne sont pas influencées par l'ablation parathyroïdienne.

Enfin, l'état général s'améliore rapidement. Toutes ces améliorations se sont produites chez les trois malades opérés par B. (Les deux premiers malades, vu l'impossibilité où l'opérateur a été de trouver les deux parathyroïdes, eurent une parathyroïdectomie indirecte par ligature des artères thyroïdiennes inférieures. Le troisième eut une ablation partielle.)

B., après avoir indiqué la technique employée (Kocher et dans deux cas Leriche), conclut en préconisant la parathyroïdectomie précoce au cours de ces affections.

ROBERT CORONEL.

**F. Lins.** ***Traitement chirurgical du diabète sucré*** (*O Hospital*, vol. **15**, n° 4, Avril 1939, p. 761-775). — Le traitement chirurgical du diabète est à l'ordre du jour, mais si l'expérimentation, au laboratoire, a été très large, on a peu pratiqué encore ce traitement chez les humains.

L'idée de ce traitement chirurgical est née de l'expérimentation des physiologistes sur le métabolisme des glucides et de la grande classification des glandes endocrines en *glandes hypoglycémiques* (pancréas) et *glandes hyperglycémiques* (surrénale, thyroïde, hypophyse). Enfin, certaines lésions nerveuses, étudiées au point de vue physiopathologique, ont une relation avec la glycémie.

Partant de la physiologie, L. nous propose une série d'interventions, selon les cas à envisager.

Au cours du diabète par augmentation de la sécrétion insulinique : 1° Activation du pancréas (opération de Mansfeld); 2° activation des glandes salivaires; 3° sympathectomie péri-pancréatique; 4° greffes pancréatiques.

Au cours du diabète par diminution des facteurs glycémiques : 1° Ablation uni- ou bilatérale des surrénales ; 2° médulectomie physiologique ; 3° toutes interventions thyroïdiennes; 4° hypophysectomie.

Enfin, restent les interventions sur les facteurs nerveux : splanchnicotomie, alcoolisation, gangliectomie, novocaïnisation, etc.

ROBERT CORONEL.

## MEDICINA ESPANOLA
### (La Coruna)

**Lopez Sendon.** ***L'acide C vitaminique dans le traitement des hémoptysies*** (*Medicina Espanola*, an. **1**, n° 1, Novembre 1938, p. 37-60). — Pour S., l'action hémostatique de l'acide 1-C vitaminique est indiscutable au cours des hémoptysies. Cette action se produit lorsqu'on fait ingérer cet acide par le malade, en même temps qu'on lui en injecte par voie intraveineuse à haute dose : 500 mg. par jour. L'action est totale : 1° action hémostatique immédiate sur l'hémoptysie; 2° action à plus long terme et d'une façon plus générale sur l'évolution du « processus hémoptoïque ».

ROBERT CORONEL.

## THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
### (Baltimore)

**P. Rous** et **J. G. Kidd.** ***Comparaison entre les tumeurs produites chez le lapin par le virus de Shope et celles de cause inconnue provoquées par le goudron*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 3, Mars 1939, p. 399-424). — En badigeonnant les oreilles d'une seule variété de lapins avec du goudron de même provenance, R. et K. ont provoqué la formation de tumeurs épidermiques appartenant à quelques types nettement définis : papillomes vulgaires, carcinoïdes, carcinomes et cornes cutanées exubérantes. C'est la première fois que l'on signale ces dernières qui sont relativement rares. Il a été reconnu que les carcinoïdes sont l'expression d'une fausse malignité des papillomes provoquée par des influences intercurrentes et c'est de celles-ci que dépendent complètement leur aspect dangereux et leur comportement menaçant. Parmi ces influences, la principale fut la continuation des badigeonnages de goudron. Elle eut pour effet de fixer les papillomes, de stimuler leur prolifération, de compliquer leur morphologie et d'en rendre quelques-uns anarchiques, envahissants et anaplasiques. Elle mit tous les tissus de l'oreille dans un état d'excitation et souvent cet état persista longtemps après que la peau fut revenue apparemment à la normale.

Les caractères des papillomes-carcinoïdes et des cornes cutanées étaient si différents qu'ils impliquaient l'action de causes différentes et spécifiques.

Les papillomes étaient très semblables à ceux que provoque le virus de Shope; R. et K. comparent point par point leurs manifestations, ainsi que les carcinomes qui en dérivent. Cette comparaison montre que la cause inconnue des papillomes du goudron a provoqué des phénomènes néoplasiques qui sont identiques quant aux points essentiels à ceux qui sont dus au virus de Shope.

Supposer que les papillomes que provoquent les applications de goudron soient causés par un virus rendu pathogène par ce procédé, c'est l'hypothèse la plus vraisemblable. Il ne s'ensuit pas cependant qu'ils soient obligatoirement dus à un virus.

P.-L. MARIE.

## RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
### (Naples)

**F. Lenzi** et **S. Barbuto** (Messine). ***Acide ascorbique et glycémie*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **19**, n° 24, 31 Décembre 1938, p. 1069-1070). — L'acide ascorbique a un effet hypoglycémiant chez les sujets normaux et chez les hyperglycémiques; chez les sujets normaux, la baisse de la glycémie est au maximum au cours de la première heure, exceptionnellement de la seconde et la glycémie revient au chiffre initial au cours de la troisième heure; les sujets atteints d'insuffisance hépatique se comportent comme les sujets normaux : chez les hyperglycémiques, la baisse de la glycémie persiste au delà de la troisième heure; chez un même sujet, l'effet hypoglycémiant varie d'un jour à l'autre sans relation apparente avec l'état de ce sujet; l'effet hypoglycémiant est d'autant plus accusé que la glycémie initiale est plus forte; par la voie intramusculaire, l'effet est plus rapide que par la voie buccale mais de plus courte durée; ni par une voie ni par l'autre, avec des doses diverses, L. et B. n'ont jamais observé l'effet hyperglycémiant signalé par certains auteurs chez l'homme et chez l'animal après injection intraveineuse.

Par voie parentérale ou buccale, l'acide ascorbique diminue ou à doses suffisantes annule l'hyperglycémie provoquée; il y a proportion entre l'effet hypoglycémiant et la dose d'acide ascorbique : avec 0 g. 8 d'acide ascorbique, l'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de 50 g. de glucose est supprimée, avec 0 g. 4 celle provoquée par l'ingestion de 25 g. Cette action de l'acide ascorbique se retrouve chez les cirrhotiques et chez les diabétiques, mais elle reste chez eux comme chez les sujets sains nettement inférieure à celle de l'insuline; l'addition de glycérine ou mieux de gélatine augmente l'effet hypoglycémiant de l'acide ascorbique donné par voie parentérale et le rend plus durable. En donnant d'une façon prolongée de l'acide ascorbique par la bouche à des diabétiques à un régime fixe, on fait baisser progressivement la glycémie jusqu'à un taux limite auquel elle se maintient.

LUCIEN ROUQUÈS.

## ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
### (Bologne)

**R. Scalabrino** (Milan). ***Les pneumonies du lobe moyen (contribution clinique et radiologique à la connaissance des lobites moyennes)*** [*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **19**, n° 2, Janvier 1939, p. 97-163]. — Cet important mémoire remarquablement illustré est basé sur des recherches d'anatomie macroscopique et sur 19 observations personnelles. S. est d'accord avec les auteurs qui l'ont précédé sur la fréquence relative d'anomalies congénitales ou acquises des scissures modifiant profondément l'aspect classique du lobe moyen. Les lobites moyennes sont moins exceptionnelles qu'on le pense, mais elles sont souvent méconnues; leur symptomatologie clinique est généralement peu importante et leurs signes généraux et physiques, surtout les derniers, ne sont pas toujours démonstratifs; on en est alors réduit à poser un diagnostic d'orientation ou celui d'une affection de la partie moyenne du poumon droit; l'examen radiologique en projection sagittale ne fournit pas de données pathognomoniques car de nombreuses affections, parmi lesquelles principalement les pleurésies enkystées de la partie inférieure de la grande scissure, peuvent simuler une lobite moyenne. En confrontant à intervalles rapprochés les données des examens radioscopiques et radiographiques en diverses incidences (sagittale, frontale, oblique et en lordose forcée) et celles de la clinique (signes généraux et locaux, examen des crachats, ponction exploratrice), on peut arriver à poser avec certitude un diagnostic de siège et de nature.

On a rapporté quelques cas de mort, mais, d'après ses constatations personnelles, S. considère le pronostic comme assez favorable; l'évolution est variable suivant les cas; comme pour les autres localisations bronchopneumoniques, la résolution clinique précède beaucoup la résolution radiologique qui peut ne survenir qu'après 20 ou 30 jours ou plus; des séquelles peuvent s'observer au niveau

des scissures (scissurite et périscissurite, réaction plastique interlobaire) ou du parenchyme pulmonaire (atélectasie, sclérose, pneumonie chronique, bronchectasie, etc...), séquelles susceptibles de rester longtemps silencieuses. L'anatomie topographique et la physio-pathologie du lobe moyen permettent de comprendre l'évolution un peu spéciale des foyers broncho-pneumoniques du lobe moyen.

LUCIEN ROUQUÈS.

### POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETRZNEJ (Varsovie)

**E. Kodejsko** (Varsovie). ***L'action du régime des pommes et de la diète hydrique sur les échanges hydrique, chlorique, azotique, protéique et sur l'équilibre acido-basique dans la néphrose, la néphrite et la sclérose rénale*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. 17, n° 1, 25 Mars 1939, p. 296-357). — Dans cet important travail, appuyé par de nombreux tableaux et graphiques, K. rapporte les résultats des recherches qu'il a poursuivies sur l'action du régime des pommes et de la diète hydrique sur les divers échanges au cours des affections rénales. Son étude a porté sur 10 malades atteints de néphrose et de néphrite, sur 10 autres malades atteints de glomérulo-néphrite et de sclérose cardio-rénale; avec comparaison des effets obtenus par le même régime sur 4 sujets sains. K. formule les conclusions suivantes:

1° Le régime des pommes provoque une forte déshydratation de l'organisme aux dépens de l'eau de réserve. Le degré de cette déshydratation dépend de la nature de l'affection rénale: plus élevé dans le groupe des néphroses, moins prononcé dans celui de la glomérulo-néphrite et encore moindre chez les sujets sains.

2° La perte du chlore par l'organisme, sous l'action du régime des pommes, est parallèle à la perte d'eau.

3° La perte d'azote déterminée par le régime des pommes est inférieure à celle de la diète hydrique. Ce fait s'observe surtout chez les individus sains.

4° Le régime des pommes alcalinise l'organisme des sujets sains. Dans les affections rénales l'équilibre acido-basique tend vers l'alcalose.

5° Ce régime, le plus souvent, n'influe pas sur le taux de l'azote non albumineux du plasma, dans certains cas il le diminue légèrement.

6° L'organisme des malades rénaux, soumis au régime des pommes, élimine des acides.

7° Chez les rénaux, ce régime réduit l'albuminurie. La diète hydrique la diminue encore davantage.

8° La diète hydrique déshydrate sensiblement l'organisme aux dépens de l'eau de réserve, tout en augmentant la diurèse. Chez les sujets sains, cet effet est plus grand que sous l'action du régime des pommes. Dans le groupe des néphroses, la déshydratation est égale sous l'action des deux régimes. Dans la glomérulo-néphrite, la perte d'eau augmente au cours du régime des pommes.

9° La perte de chlore provoquée par la diète hydrique est parallèle à la déshydratation.

10° La diète hydrique exerce sur l'organisme une action nettement acidifiante.

11° La diète hydrique augmente la teneur en azote non albumineux. Ce fait se manifeste d'une manière très frappante dans la glomérulo-néphrite.

FRIBOURG-BLANC.

**J. Rydygier** (Varsovie). ***Le métabolisme dans la maladie de Cushing*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. 17, n° 1, 25 Mars 1939, p. 358-396). — Chez une malade présentant un syndrome de Cushing nettement caractérisé et exempte de toute autre affection, R. a effectué des recherches sur le métabolisme énergétique, gazeux, graisseux, albumineux, hydrocarboné, hydrique et minéral, sur l'équilibre acido-basique et sur l'état du système végétatif. Les échanges se sont traduits par un bilan énergétique positif, en particulier en ce qui concerne les échanges graisseux. On a relevé dans le sang une augmentation du taux des graisses neutres et du cholestérol, une diminution des lécithines et un déplacement du rapport entre le cholestérol estérifié et le cholestérol libre, en faveur de ce dernier. L'élévation du coefficient respiratoire a fait supposer une transformation exagérée des hydrates de carbone en graisses. Ces perturbations étaient accompagnées d'une diminution de l'action dynamique spécifique des aliments, en particulier des albumines et des graisses, d'une réduction de l'affinité des tissus pour l'oxygène et d'une tendance à l'alcalose. La combustion des albumines était normale, on ne notait qu'une faible hyperalbuminémie. Par contre, le métabolisme hydrocarboné était modifié: on constatait un diabète sucré extrapancréatique avec production d'insuline en excès au début de la maladie, suivie d'une prépondérance de plus en plus grande du système surrénal. L'équilibre hydrique était labile et l'hydrophilie des albumines du plasma sanguin et de la peau était élevée. On notait une dissociation dans l'élimination de l'eau organique avec prépondérance nette des pertes par perspiration insensible et oligurie.

Les modifications du métabolisme minéral offraient un tableau très varié: le phosphore anorganique était abaissé dans le plasma sanguin, très élevé par contre dans le sang total. Le calcium, augmenté au début de la maladie, était devenu normal par la suite. Le bilan calcique, d'abord équilibré, devint plus tard nettement négatif. L'ostéoporose constatée en était la conséquence. Le taux du potassium était élevé dans le plasma sanguin, diminué dans les globules. Pourtant, le rapport K/Ca qui règle l'excitabilité du système neuromusculaire est demeuré normal. On a noté une forte baisse du phosphore lipidique et une forte élévation du phosphore anorganique dans les hématies. Il existait une tendance à l'alcalose compensée non gazeuse et une amphotonie prononcée du système végétatif, avec forte prépondérance du système sympathique, malgré la tendance à l'alcalose sanguine.

D'après ces constatations, R. pense qu'il existe dans la maladie de Cushing deux groupes de syndromes produits par le dysfonctionnement de certaines glandes endocrines: un groupe concernant le dysfonctionnement de l'hypophyse dont les hormones sont, les unes activées, les autres atténuées et un autre relatif à l'hyperfonctionnement de l'écorce surrénale. Ces perturbations s'intriquent. Elles se compliquent en outre d'hypofonctionnement des glandes parathyroïdes et d'une exagération de la sécrétion thyroïdienne.

Dans la partie de ce travail consacrée aux méthodes de recherches, R. présente une modification du procédé de Volhard pour le dosage du chlore dans les matières fécales et les aliments.

FRIBOURG-BLANC.

### ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

**R. Opsahl** (Oslo). ***Pathogénie de l'hypertension artérielle. Rôle des reins et des surrénales dans l'hypertension « pâle »*** (*Acta Medica Scandinavica*, suppl. 92, 1938, p. 262). — Après un bref exposé des conditions physiologiques de la régulation de la pression sanguine, O. essaie de donner une vue d'ensemble de la question de l'hypertension artérielle, en traitant particulièrement les formes groupées sous la dénomination de maladie hypertensive. O. s'attache de bout en bout au mécanisme pathogénique, et spécialement au rôle joué par les surrénales.

Dans ses considérations O. part du rapport qui existe entre l'affection rénale et l'hypertension. Il essaie d'éclaircir la nature de ce rapport par une analyse théorique et, s'appuyant surtout sur les conclusions tirées par lui sur ce point, il décrit trois formes d'hypertension relevant d'une pathogénie différente: l'hypertension constitutionnelle pure, qui répond cliniquement à l'hypertension rouge de Volhard; l'hypertension rénale pure, et l'hypertension mixte, hypertension constitutionnelle fixée par le rein ou provoquée par le rein. Ces deux dernières formes revêtent l'aspect de l'hypertension pâle de Volhard.

L'hypertension rénale peut, contrairement aux élévations de pression d'origine extrarénale, être considérée comme le résultat d'un mécanisme de compensation. Le facteur rénal intervenant dans la genèse de l'hypertension est le même dans tous les cas: l'insuffisance de la filtration rénale, à l'origine de laquelle se trouvent deux circonstances différentes, concourant, ou isolément ou de concert, au même résultat, à savoir une lésion du filtre rénal (glomérule); un rétrécissement du calibre des vaisseaux efférents causant un abaissement de la pression de filtration (de la pression sanguine dans le glomérule).

Tant que l'insuffisance de filtration peut être compensée par une hypertension sanguine, on peut l'appeler insuffisance relative. Il n'existe pas d'insuffisance cardio-rénale. Dès que la compensation n'est plus réalisée, on peut parler d'insuffisance absolue. Il y a alors insuffisance cardio-rénale.

Si un sujet est atteint d'une affection rénale causant par elle-même une hypertension (le type en est la glomérulo-néphrite), le mode de réaction de l'organisme à l'égard de l'hypertension semble d'importance décisive pour l'évolution pathogénique de l'affection rénale ainsi que pour le résultat anatomique final. Là où l'affection rénale touche un sujet indemne d'hypertension constitutionnelle préexistante ou ne présentant pas de tendance constitutionnelle spéciale à une réaction hypertensive, O. parle d'hypertension rénale pure. Là où l'affection rénale déclenche ou aggrave une hypertension constitutionnelle, O. parle d'hypertension constitutionnelle provoquée par le rein. Comme, en présence d'un cas donné, il est souvent difficile, cliniquement ou anatomiquement, de dire s'il s'agit d'hypertension constitutionnelle fixée par le rein (sans affection rénale autonome surajoutée) ou d'hypertension constitutionnelle provoquée par le rein, O. réunit ces deux formes en un seul groupe, celui de l'hypertension mixte, dans lequel il range encore les cas d'hypertension maligne.

Dans les cas d'hypertension rénale pure l'affection rénale domine le tableau clinique, dans les cas d'hypertension mixte, c'est l'hypertension et ses conséquences. Dans l'hypertension rénale pure l'aspect anatomique, tant microscopique que macroscopique, est uniforme. La lésion glomérulaire domine la scène. Dans l'hypertension mixte l'aspect anatomique est extrêmement varié; on observe tous les termes de passage entre le rein rouge granuleux et la glomérulonéphrite chronique en passant par la sclérose maligne, sans qu'on puisse tracer de frontière nette entre les formes particulières.

Selon O. la différence du mode de réaction individuelle est due, entre autres, aux différences de capacité des surrénales à pouvoir satisfaire aux exigences d'un fonctionnement accru. O. admet que les surrénales dans l'hypertension d'origine totalement ou partiellement rénale sont astreintes à remplir de façon continue une « fonction d'urgence » au sens de Cannon par suite de l'insuffisance permanente de la filtration, laquelle exige une élévation continue de la pression sanguine. O.

base cette conception sur ses examens anatomiques des surrénales.

Il considère le paragangliome surrénal et ses conséquences sur la pression et les reins comme une expérience réalisée par la nature, qui parle dans le même sens. L'interprétation des phénomènes n'offre aucune difficulté si l'on adopte sa conception sur le rôle des surrénales dans le mécanisme de l'hypertension.

P.-L. Marie.

**J. Wahlberg** (Helsingfors). ***Recherches sur les maladies de la thyroïde en Finlande.*** (*Acta medica scandinavica*, supplément **94**, 1938, 298 p.). — De longue date W. s'est consacré à des recherches sur les affections de la thyroïde, fort répandues en Finlande. Dans cette vaste monographie il expose d'abord la répartition géographique de l'endémie goitreuse. Il ressort de l'analyse des faits qu'un manque relatif d'iode et un excès de calcium jouent probablement un rôle, mais plutôt comme facteurs aggravants que comme facteurs étiologiques proprement dits. Il faut encore faire intervenir le niveau économique peu élevé, la densité de la population et la prédisposition familiale.

Les caractéristiques de l'endémie goitreuse en Finlande sont la grande fréquence des adénomes, ayant pour corollaire l'apparition habituelle de signes de compression et celle des tumeurs malignes et des goitres toxiques (1 fois sur 5 goitres). Le crétinisme est exceptionnel.

W. se montre très réservé sur la prophylaxie en masse par la distribution de sel de cuisine iodé; il craint la multiplication des goitres toxiques.

De ses patientes recherches histo-pathologiques W. a dégagé une conception originale. Pour lui, la sécrétion thyroïdienne se divise en deux phases: accumulation, dans les follicules, de colloïde représentant la sécrétion de réserve, déversement d'hormone dans la circulation, correspondant chacune à un type de la cellule folliculaire. Selon celui de ces deux types sécrétoires qui domine dans la prolifération accompagnant l'hyperactivité thyroïdienne, on constate deux types morphologiques différents: colloïdo-formateur et hormono-formateur. Dans le premier, la sécrétion a une prédominance apicale; dans le second, une prédominance basale. Dans le goitre simple ou parenchymateux, l'augmentation de volume résulte de l'hypertrophie et de l'hyperplasie cellulaires; l'absence de signes toxiques est due probablement à la pauvreté de la sécrétion en hormone. L'iode est alors utile en inversant l'activité sécrétoire, ce qui stimule la production de colloïde aux dépens de la production d'hormone, comme lors du traitement préopératoire de la thyréotoxicose. Dans le goitre colloïde, à l'hypertrophie et à l'hyperplasie cellulaires s'ajoute la réplétion des follicules par la colloïde; l'iode ne peut avoir alors qu'un rôle défavorable en stimulant la production de colloïde et en déterminant ainsi des troubles de compression. Dans le goitre avec adénomes, le tableau est dominé par l'autonomie structurale et physiologique des adénomes. Dans le goitre toxique, un facteur inconnu détermine une augmentation anormale de la prolifération hormono-formatrice. L'augmentation de volume de la glande est due à l'hypertrophie et à l'hyperplasie de l'épithélium des follicules. La pauvreté en colloïde entraîne une consistance moindre que dans le goitre colloïde, mais plus grande que dans le goitre simple, l'hyperplasie provoquant la formation de papilles. L'iode agit symptomatiquement sur le sens de la sécrétion qui, de basale, devient apicale, mais l'influence du facteur inconnu persiste. Comme l'hyperplasie ne rétrocède que lentement et que les follicules se remplissent de colloïde néoformée, la glande augmente de consistance et des signes de compression peuvent survenir, surtout si la médication iodée est prolongée.

Dans la partie clinique, W. étudie longuement la symptomatologie du goitre simple, insistant sur la définition des adénomes et sur les troubles de compression fréquents en Finlande, celle des états d'hypothyroïdie et surtout celle de la thyréotoxicose, basée sur 630 cas personnels et comportant d'intéressantes conclusions thérapeutiques, en particulier sur le traitement iodé qui, pour W., est surtout un palliatif et comme tel trouve principalement son emploi immédiatement avant et après l'opération. W. conseille de l'éviter, tout au moins en Finlande, en dehors de ce moment. Ses préférences, en matière de thyréotoxicose, vont au traitement chirurgical; mis en œuvre par Sandelin, sa mortalité est de moins de 0,5 pour 100.

Ce travail se clôt par l'étude de quelques cas d'affection inflammatoires de la thyroïde et celle des tumeurs malignes, assez fréquentes en Finlande.

P.-L. Marie.

**B. Ihre** (Stockholm). ***La sécrétion gastrique de l'homme.*** (*Acta medica Scandinavica*, Supplément **95**, 1938, 226 p.). — Dans son étude quantitative de la sécrétion gastrique humaine à l'état normal et pathologique, I. a employé pour recueillir le suc la double sonde, gastrique et duodénale, de Lagerlöf-Agren, la salive étant continuellement aspirée. La sécrétion, provoquée par injection d'histamine (0 mg. 1 par 10 kg. de poids), fut recueillie par fractions toutes les vingt minutes; une injection intraveineuse d'insuline (16 unités) fut faite une heure après l'histamine, pour stimuler le vague. La détermination du pH fut faite avec l'électromètre (électrode à quinhydrone); de même, le titrage du Cl total. L'activité peptique fut mesurée par la méthode de Willstätter et Waldschmidt-Leitz.

Les expériences de I. montrent que la concentration en acide de la sécrétion pariétale est constante et que l'acidité primitive est la même tant chez le sujet normal que chez le gastropathe. L'acidité actuelle du suc gastrique recueilli dépend de l'intensité des facteurs diminuant l'acidité. Les facteurs les plus importants sont: 1° la rétrodiffusion, des ions H se substituant à des ions alcalins au niveau de la surface de la muqueuse exposée directement au contenu gastrique; 2° la dilution par la sécrétion muqueuse alcaline (mucus, liquide transsudé de la muqueuse gastrique). La rétrodiffusion dépend du taux de la sécrétion. Se basant sur des considérations théoriques, I. croit qu'elle dépend aussi du degré de vascularisation de la muqueuse gastrique.

I. souligne l'importance d'un prélèvement continu de suc gastrique: de grosses variations du taux d'acidité peuvent s'observer chez le même sujet selon le mode d'obtention du suc. C'est ainsi que des échantillons recueillis dix, vingt et trente minutes après l'injection d'histamine, montrent un taux d'acidité différent, le séjour prolongé dans l'estomac permettant à la rétrodiffusion de faire sentir ses effets.

Chez les sujets normaux et jeunes l'acidité maximum pour l'échantillon de vingt minutes a été de 130 à 150 *m.* éq./litre et le taux maximum des chlorures totaux de 155 à 172 *m.* éq./litre. La quantité de la sécrétion présente des variations plus grandes que l'acidité et les chlorures. Le volume horaire a varié entre 70 et 204 $cm^3$. Il existe un rapport défini entre l'acidité et les chlorures totaux et, en dépit de la grande variabilité dans le volume, il y a aussi un rapport entre l'acidité et la grande variabilité dans le volume, il y a aussi un rapport entre l'acidité et la quantité de la sécrétion. Ces corrélations sont en accord avec la théorie de la rétrodiffusion. Il n'y a pas de relation entre la sécrétion de HCl et celle de la pepsine. Celle-ci est très accrue par la stimulation du vague due à l'hypoglycémie insulinique. L'acétyl-méthyl-choline est moins active et la pilocarpine n'a qu'une action modérée. En l'absence de stimulation vagale, la pepsine sécrétée ne varie que peu.

Parmi les gastropathes (ulcères, gastrites diverses, anémie pernicieuse) la grande majorité avait une acidité inférieure à la normale et nulle dans l'anémie pernicieuse. Chez des ulcéreux, des chiffres normaux d'acidité s'associaient d'ordinaire à un volume normal de sécrétion, lorsque la gastroscopie ne montrait que peu ou pas de lésions de gastrite. Chez aucun des malades on ne trouvait trace d'hyperacidité, ce qui confirme l'opinion de Carlson, à savoir que les glandes pathologiques ne sont pas capables de sécréter un suc d'acidité plus forte que la normale.

La sécrétion de mucus se montra accrue en général chez les malades. Le pouvoir d'absorption de la muqueuse fut trouvé altéré dans les gastrites. Congestion et œdème, expression d'une perméabilité altérée, caractéristiques du « catarrhe gastrique », sont capables de favoriser le processus de rétrodiffusion et de diminuer ainsi l'acidité.

La quantité de la sécrétion se comporte différemment de l'acidité. Tantôt il y a hyposécrétion, tantôt hypersécrétion. Toutefois, on peut rencontrer des chiffres normaux chez beaucoup de patients, en particulier chez les ulcéreux. L'hyposécrétion est le fait le plus caractéristique de la gastrite chronique.

L'hypersécrétion, rendue apparente par l'histamine et l'insuline, est un état souvent permanent, indépendant de la stimulation provoquée par les aliments, tantôt asymptomatique, tantôt accompagnée des troubles catalogués « hyperacidité ». Elle se voit surtout dans l'ulcère duodénal, et souvent dans l'ulcère gastrique. Elle n'offre pas de rapports constants avec les lésions de gastrite.

Pour connaître le comportement de la pepsine dans l'estomac pathologique, il faut recueillir le suc gastrique pendant une heure au moins, car la pepsine, à l'inverse de l'acidité, tend à baisser quand la sécrétion de suc est abondante. De plus, la sécrétion de la pepsine doit être fortement stimulée, l'histamine étant inefficace à cet égard, il faut exciter le vague pour que les déviations pathologiques de la sécrétion pepsinique deviennent bien évidentes. Chez un grand nombre de patients cette sécrétion s'est montrée normale. Divers degrés d'hypopepsinie sont fréquents dans les gastrites. Cet état est plus rare dans l'ulcère. Là aussi il y a indépendance entre la production d'acide et de pepsine. Celle-ci tend à persister, même quand toute trace d'acide a disparu. Une achylie complète ne se rencontra que dans l'anémie pernicieuse.

L'hyperpepsinie ressemble à l'hypersécrétion en tant que sa base anatomique demeure inconnue. Les deux phénomènes peuvent exister indépendamment l'un de l'autre. Toutefois, ils concordent d'ordinaire. On les rencontre simultanément dans l'ulcère chronique, surtout dans celui du duodénum.

P.-L. Marie.

### REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

**J. Daïnow** (Genève). ***Traitement des dermites professionnelles par les vitamines A et D*** (*Revue Médicale de la Suisse romande*, t. **59**, n° 6, 25 Mai 1939, p. 362-365). — Des injections d'une solution huileuse de vitamines A et D contenant 10.000 unités internationales de chacune d'elles, ont été utilisées comme procédé de désensibilisation chez 21 malades, imprimeurs, coiffeurs, nettoyeurs, polisseurs sur bois et sur métaux, carreleurs, plâtriers, peintres, intolérants aux substances les plus diverses et présentant des dermites professionnelles; 20 ont guéri, 1 a été un échec malgré 30 injections du produit. La désensibilisation nécessite 20 à 30 injections, parfois 40, dans une dermite due à la potasse chez un plâtrier peintre, il en a fallu 58. La guérison de plusieurs malades se maintient depuis plus de 2 ans. Les injections d'huile vita-

minée sont bien supportées, la plupart des malades ont accusé une amélioration de l'état général, parfois une amélioration du sommeil. Quelques-uns ont présenté une réaction locale plus ou moins vive au point de l'injection.

On pourra peut-être étendre l'emploi de ces vitamines à d'autres dermatoses ou d'autres états allergiques.

Chez une femme de 50 ans, présentant depuis 7 mois une urticaire rebelle, 5 injections intra-musculaires de vitamine A et B font disparaître l'éruption. Au bout de 3 semaines, nouvelle poussée d'urticaire. Nouvelle série de piqûres: disparition des symptômes dès la quatrième injection et guérison qui se maintient actuellement depuis 2 mois.

Une autre urticaire chez une jeune fille de 27 ans durant depuis 4 mois et s'exacerbant avant les règles, fut également améliorée après 7 injections.

Robert Clément.

## REVISTA NEUROLOGICA DE BUENOS-AIRES

**V. Dimitri** et **F. M. Cia** (Buenos-Aires). ***Contribution à l'étude du parkinsonisme traumatique*** (*Revista Neurologica de Buenos-Aires*, 2e vol., n° 6, Mai-Juin 1938, p. 403-420). — Cinq observations assez disparates de « parkinsonisme post-traumatique ». D. et C. rappellent les discussions anciennes et récentes sur la question de l'origine traumatique possible de certains cas de Parkinson.

Ils estiment, en conclusion, que: 1° les traumatismes cranioencéphaliques d'une certaine intensité peuvent être à l'origine de syndromes parkinsoniens, mais rarement purs, en général associés à des manifestations épileptiformes et à des troubles de la sensibilité; 2° le traumatisme peut réveiller, accentuer un parkinson post-encéphalitique fruste; 3° les traumatismes des membres peuvent être suivis d'états parkinsoniens localisés au membre traumatisé. Ces troubles ne peuvent être considérés comme d'origine cérébrale mais sont des « perturbations réflexes d'origine physiopathique ».

J. Mialaret.

## REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA-INMUNOLOGIA QUIMIOTERAPIA (Buenos-Ayres)

**G. Maranon.** ***Influence de l'obésité sur la durée de la vie*** (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia-Inmunologia Quimioterapia*, an. 22, n° 4, Avril 1939, p. 213-230). — L'obésité, en général, provoque une diminution de la vitalité de l'individu, que l'on peut évaluer à 20 pour 100. Celle-ci est due à des causes diverses qui accompagnent fréquemment les obésités: insuffisance cardiaque, les troubles vasculaires, le diabète, la goutte, etc... Tous faits qui viennent assombrir les tableaux cliniques des obèses.

Cependant il convient de classer ces obésités, afin d'établir une discrimination et de limiter les causes d'erreur de diagnostic. M. classe les obésités en deux grands groupes:

*a*) Obésité pléthorique avec métabolisme normal.

*b*) Obésité pâle avec métabolisme diminué. Ces deux types correspondent, la première au groupe hyper-hypophyso-surrénal, le deuxième au groupe des obésités anémiques. Ce dernier groupe présentant 2 variétés: 1° adiposo-génitale; 2° hypothyroïdienne. Enfin M. range toutes les autres obésités dans un troisième groupe C (dit groupe intermédiaire), en attendant de compléter cette classification.

M. nous fait remarquer que les facteurs, susceptibles d'écourter la vie, agissent mieux et plus vite chez les obèses pléthoriques que chez les obèses pâles.

Robert Coronel.

## ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

**Madden.** ***Balance du cholestérol et régime sans graisses dans le psoriasis*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. 39, n° 2, Février 1939, p. 268-277). — On sait que Grütz avait soutenu que le psoriasis était causé par un trouble du métabolisme graisseux et était favorablement influencé par un régime sans graisses. Mais les recherches sur la teneur en cholestérine dans le psoriasis furent contradictoires; alors que Rosen, Rosenfeld et Krasnow trouvaient une hypocholestérémie dans le psoriasis, Grütz et Bürger notaient une hypercholestérémie marquée. On accepte généralement que les squames du psoriasis contiennent une grande quantité de cholestérol.

Les recherches de M. confirment les données contradictoires précédentes; certains psoriasis ont une hypercholestérémie, d'autres une hypocholestérémie. D'autre part, le test de la tolérance au cholestérol ne prouve pas qu'il existe un trouble du métabolisme des graisses chez les psoriasiques.

Il n'en reste pas moins vrai que le régime sans graisses agit favorablement dans la plupart des psoriasis. M. a vu disparaître le psoriasis chez 3 malades en 6, 7 et 24 semaines. L'éruption s'améliora nettement dans 3 cas, mais de nouvelles lésions apparurent quand le régime fut suspendu. Dans 2 cas, le psoriasis s'améliora durant l'hospitalisation et demeura ensuite stationnaire; 6 malades furent très améliorés pendant le régime; 4 ne furent pas influencés; 1 cas s'aggrava et 2 montrèrent des exacerbations et des rémissions.

En résumé, le psoriasis fut guéri ou définitivement amélioré dans 15 cas (18 pour 100) par le régime sans graisses. M. estime qu'il est préférable d'hospitaliser les malades pendant la cure.

R. Burnier.

**Michelson.** ***L'uvéoparotidite*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. 39, n° 2, Février 1939, p. 329-344). — Cette affection, dont les premiers cas paraissent avoir été publiés par des oculistes français, Daireaux en 1899 et Péchin en 1901, a surtout été étudiée en Amérique et en Allemagne; en 1909, Heerfordt décrivit une fièvre parotidienne subchronique avec localisations à la parotide et à l'uvée et souvent compliquée de paralysies des nerfs cérébro-spinaux. 70 cas de ce syndrome d'Heerfordt ont été rapportés dans la littérature étrangère.

M. en a observé 2 cas, l'un chez une femme de 24 ans, l'autre chez un homme de 44 ans.

Cliniquement, on note ordinairement un gonflement bilatéral des parotides, avec induration nodulaire peu douloureuse; les autres glandes salivaires peuvent être atteintes en même temps ou secondairement. Les ganglions sus-claviculaires et hilaires sont souvent atteints. Ce gonflement parotidien peut persister de 2 à 6 mois.

En même temps, on peut constater une iridocyclite bilatérale avec sensation de brûlure et photophobie.

Comme complications, on a signalé une paralysie faciale dans 50 pour 100 des cas, des éruptions cutanées variées dans un tiers des cas (érythèmes, lésions urticariennes, nodulaires), des altérations des amygdales, des altérations osseuses, pulmonaires, une hypertrophie de la rate et du foie, une monocytose.

L'étiologie de cette affection, dont le pronostic est généralement bénin, car elle disparaît spontanément en quelques mois, est encore discutée. Certains auteurs pensent qu'il s'agit d'un agent infectieux: tuberculose (mais jamais on n'a trouvé de bacilles de Koch), syphilis, lèpre; d'autres estiment qu'il s'agit d'une sarcoïdose généralisée, se rapprochant du lymphogranulome bénin de Hutchinson-Besnier-Boeck, affection considérée par Pautrier comme une lésion du système réticulo-endothélial.

R. Burnier.

**Franks.** ***Embolie artérielle locale à la suite d'une injection intra-musculaire*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. 39, n° 2, Février 1939, p. 345-346). — Un syphilitique de 39 ans, qui avait déjà reçu 52 injections arsenicales et 61 injections intra-musculaires de salicylate de bismuth, recommence un nouveau traitement; le 10 Février il reçoit une injection intra-musculaire de 1 $cm^3$ d'iodobismitol avec saligénine, faite correctement. Le malade ne manifesta aucune douleur immédiate.

Revu 8 jours après, il déclara avoir souffert peu après son départ de la clinique; du sang avait coulé pendant une heure de la piqûre. La douleur était vive au lieu de la piqûre et irradiait à la cuisse. L'examen de la fesse montra une plaque infiltrée rouge violacée, à contours irréguliers, sensiblement triangulaire, et sur laquelle des vaisseaux dessinaient un réseau très net. La plaque était encore chaude et douloureuse à la pression. Pas de troubles généraux. On prescrivit l'application de compresses chaudes.

Revu le 11e jour, le malade était très amélioré; l'infiltration avait diminué; la douleur était moins vive. Au 21e jour après l'injection, la rougeur et le réseau vasculaire avaient disparu, l'infiltration était peu marquée, la douleur nulle. Quelques jours plus tard, tous les signes avaient rétrocédé et on recommença sans incident les injections de salicylate de bismuth.

R. Burnier.

## ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA (Bologne)

**Carlo Uggeri** et **A. Massone** (Pavie). ***La symptomatologie artérielle des phlébites des membres*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. 49, n° 5, Septembre 1938, p. 429-479). — Trois observations sont à la base de cet important travail. Après avoir rassemblé les cas épars dans la littérature de ces dernières années, U. et M. tentent un travail de synthèse et classent les diverses formes cliniques.

Dans un premier groupe ils ont assemblé les cas où les accidents artériels ischémiques suivent de peu ou accompagnent les premières manifestations d'une phlébite confirmée. Le diagnostic étiologique de l'ischémie est alors sans difficulté.

Le second groupe réunit les cas, certes plus rares mais beaucoup plus instructifs, où l'accident clinique artériel précède les signes de phlébite. Le diagnostic est alors très difficile et la confusion avec l'ischémie embolique a parfois amené la vérification de l'intégrité *absolue* de l'artère. De telles répercussions, montrant l'interdépendance des fonctions artérielles et veineuses, incitent à la plus grande prudence thérapeutique chirurgicale quand on observe une brusque ischémie artérielle sans raison emboligène ou infectieuse préalable et de valeur.

Les médications spasmolytiques, les infiltrations du sympathique restent parfois inopérantes bien que la raison « spasme » soit la seule déterminante de l'ischémie. C'est alors que peut s'envisager la sympathectomie péri-vasculaire et peut-être la résection du tronc veineux enflammé.

Malheureusement, sur la répercussion artérielle curatrice de cette dernière opération, U. et M. n'ont aucun avis important à formuler.

Marcel Arnaud.

# REVUE DES JOURNAUX

## LE BULLETIN MÉDICAL
### (Paris)

**P. Puech.** ***Des méningites séreuses et arachnoïdites dans les traumatismes cranio-encéphaliques*** (*Le Bulletin médical*, t. **53**, n° 24, 17 Juin 1939, p. 485-492). — Après un traumatisme peut se développer une méningite séreuse quasi immédiate, mettant la vie du patient en danger dans les heures, plus souvent dans les jours, succédant au traumatisme. Cette méningite séreuse peut être une arachnoïdo-pie-mérite séreuse soit diffuse, soit localisée, ou une hydrocéphalie ventriculaire.

A côté des accidents récents, il en est de tardifs se développant dans les années qui suivent arachnoïdo-pie-mérites séreuses généralisées à la voûte ou à la base.

Le diagnostic se pose avec les autres accidents précoces des traumatismes cérébraux, l'œdème cérébral, l'hématome, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien lorsqu'il s'agit de méningites séreuses récentes, avec toutes les affections non traumatiques et avec les hématomes de la dure-mère, lorsqu'il s'agit d'accidents tardifs.

Le pronostic de la méningite séreuse traumatique est favorable malgré le tableau clinique alarmant. Le pronostic ultérieur dépend dans une grande mesure des lésions associées.

35 cas ont été opérés sans décès opératoires; 17 sujets, dont quelques-uns ont été opérés en plein coma, sont redevenus normaux ou sensiblement normaux. Les autres ont été améliorés au prorata des lésions concomitantes, mais dans tous les cas, au point de pouvoir reprendre leurs occupations et guéris de leur méningite séreuse.

Robert Clément.

## GAZETTE DES HOPITAUX
### (Paris)

**J. A. Barré** (Strasbourg). ***L'anxiété vestibulaire*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **112**, n° 55-56, 12-15 Juillet 1939, p. 953-960). — Un certain nombre de sujets anxieux, neurasthéniques, agoraphobiques, psychasthéniques, sympathicotoniques, ne doivent pas être considérés comme des psychopathes purs. Une exploration clinique spéciale, complétée au besoin par des examens expérimentaux, montre que la fonction vestibulaire n'est pas intacte et peut jouer un rôle dans la genèse des troubles.

Un premier type est fourni par des sujets dont l'atteinte de l'appareil vestibulaire est évidente; au cours de la convalescence, alors qu'on pourrait croire à une guérison complète, le sujet ressent une impression d'insécurité pendant la marche qui le rend craintif, inquiet et le porte à éviter de sortir seul.

D'autres malades présentent un déséquilibre sympathique se traduisant par des troubles respiratoires, cardiaques et gastriques. On retrouve dans leurs antécédents une infection otitique, et l'examen vestibulaire montre des réactions anormales des canaux semi-circulaires ou de l'appareil otolytique.

Les autres types cliniques sont l'anxiété vestibulaire à forme astaso-abasophobique, à forme d'agoraphobie, à forme pseudo-angineuse.

Ces sujets présentent des signes paradoxaux, la station debout, immobile, est une source de malaises, la marche est mal assurée, mais ils peuvent courir avec facilité, monter à bicyclette.

Il existe des formes pures et des formes associées et des formes d'intensité diverse. L'anxiété peut être épisodique et ne laisser qu'un mauvais souvenir. Dans d'autres cas, c'est un état qui a une fâcheuse tendance à s'aggraver et à durer.

La guérison est fréquente, mais les récidives également.

Le traitement doit s'adresser à la pression artérielle, plus souvent faible qu'élevée; à la formule sanguine. Il doit chercher à calmer les incitations qui partent des appareils semi-circulaires ou otolytiques et à empêcher les réflexes consécutifs: l'éthylphénylmalonylurée, le véronal sodique, la belladone, la jusquiame, la pilocarpine, l'aspirine, isolée ou associée ont paru les plus actifs.

Robert Clément.

## PARIS MÉDICAL
### (Paris)

**P. Mollaret** et **P. Lépine.** ***Les bases immunologiques du diagnostic actuel de la chorio-méningite lymphocytaire*** (*Paris Médical*, t. **29**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 470-477). — Pour faire le diagnostic de certitude de la chorio-méningite lymphocytaire, les données cliniques sont insuffisantes. La mise en évidence dans les humeurs du malade de l'ultra-virus d'Armstrong reste exceptionnelle. Elle exige des prélèvements de sang, de liquide céphalo-rachidien, ou d'urine à la rigueur, à des dates très particulières, avec des précautions spéciales de technique et des passages successifs à des animaux sensibles.

L'obtention pratique du diagnostic, grâce à des données tirées des humeurs des malades, paraît pouvoir être affirmé. Le liquide céphalo-rachidien n'a actuellement à ce point de vue qu'un intérêt minime. Les données immunologiques tirées du sang offrent au contraire des bases solides. Deux méthodes peuvent être employées, la séro-réaction de neutralisation et le séro-diagnostic par déviation du complément.

Le pouvoir protecteur du sérum du sujet est mis en évidence par l'inoculation intracérébrale à la souris d'un mélange, à parties égales ou en proportions variées, de sérum et de dilution progressive de virus. Cette technique nécessite des quantités considérables d'anticorps et est très lente. La même épreuve a été faite sur le singe. L'intérêt théorique de cette recherche est incontestable, elle a permis, par des neutralisations croisées, d'établir la notion de l'unicité des souches et quelquefois un diagnostic rétrospectif, mais la lecture de cette réaction comporte des incertitudes.

L'épreuve de déviation du complément a été pratiquée avec le sérum d'animaux inoculés expérimentalement et a donné constamment des résultats positifs chez le singe et le lapin, négatifs chez le cobaye. Chez l'homme, 16 sujets inoculés expérimentalement ont donné 16 réactions positives. 4 malades atteints de méningite lymphocytaire bénigne, avec isolement du virus chorio-méningitique, ont tous donné une réaction positive. Sur 2 cas où le virus n'a pu être isolé, l'épreuve a été positive une seule fois et sept fois positive sur 12 cas, sans essai d'isolement du virus. 64 sérums provenant de sujets atteints d'infections variées donnèrent tous une réaction négative.

La chorio-méningite apparaît comme une maladie rare de l'homme et ne revendique qu'une faible partie des méningites lymphocytaires bénignes.

Robert Clément.

## LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS
### (Paris)

**R. Benda.** ***A propos de quelques observations d'érythème noueux chez l'adulte*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. **15**, n° 14, 15 Juillet 1939, p. 349-364). — A propos de 7 observations d'érythème noueux survenus chez des femmes de 18 à 60 ans, B. envisage la nature et l'étiologie de cette affection.

A côté des cas où l'érythème noueux correspond à la première invasion tuberculeuse, forme propre à l'enfant, la plus fréquente et la seule vraiment bien individualisée, il en existe d'autres que l'on peut désigner sous le nom général de tardifs sans vouloir préjuger en rien de leur nature.

Parmi ceux-ci, quelques-uns, par une série de formes en quelque sorte dégradées, offrent toutes les transitions possibles avec les tuberculides, apparaissant chez les tuberculeuses avérées, montrant parfois au niveau des nodosités, des follicules tuberculeux typiques, ils doivent être rattachés à la tuberculose.

Mais il en est d'autres qui échappent, en apparence du moins, à l'emprise de la tuberculose, qu'ils évoluent en même temps qu'une autre affection bien caractérisée mais non tuberculeuse, ou comme maladie isolée. Des coupes histologiques sur biopsie des nouures, ne montrèrent qu'une réaction inflammatoire des plus banales, l'inoculation des tissus biopsés et du sang au cobaye fut négative bien que les cuti-réactions à la tuberculine fussent positives.

En pratique, en présence d'un érythème noueux, quelles que soient les circonstances qui l'accompagnent il y a lieu de songer avant tout à la tuberculose, s'il permet de découvrir une tuberculose ignorée il faut lui savoir gré d'avoir facilité le dépistage. Si au contraire rien ne vient confirmer la tuberculose, il est quand même nécessaire de soumettre le malade à une surveillance attentive et à une cure de repos durant un temps suffisant.

Robert Clément.

## L'ALGÉRIE MÉDICALE
### (Alger)

**A. Lévi-Valensi.** ***Les guérisons et les améliorations spontanées de la tuberculose pulmonaire en Algérie*** (*L'Algérie médicale*, t. **43**, n° 135, Mars 1939, p. 117-124). — Dix malades, atteints de tuberculose pulmonaire avérée, ont pu guérir ou s'améliorer sans avoir quitté la terre algérienne. Il s'agissait trois fois de tuberculose pulmonaire avec prédominance d'un processus d'infiltration pneumonique. Un indigène de 37 ans, hospitalisé à l'hôpital Mustapha d'Alger pour une tuberculose pulmonaire fébrile, datant de 3 mois, avec images de caverne de la dimension d'une grosse prune, au centre d'une opacité homogène, s'améliora par le traitement aurique et le repos strict. Un an plus tard, on constatait un nettoyage radiographique total. Deux jeunes enfants de 13 à 14 ans, présentant une opacité au-dessus de la scissure chez l'un, à la base pour l'autre, s'améliorèrent à la suite d'un traitement symptomatique banal, avec disparition de l'ombre radiographique chez l'un d'eux.

Deux fois il s'agissait de tuberculose pulmonaire avec prédominance d'un processus d'infiltration nodulaire, chez des Européens adultes. Alors que la radiographie montrait, au moment de la poussée

fébrile, des lésions bilatérales diffuses et accusées, avec une spélonque, elle montrait 14 mois plus tard un nettoyage radiographique complet. Même disparition de l'infiltration nodulaire dans l'autre cas.

Dans les cinq autres cas, il s'agissait de tuberculose pulmonaire avec prédominance de l'élément ulcératif chez quatre adultes et un jeune homme de 14 ans, qui furent également améliorés, bien que la cure hygiéno-diététique n'ait pas été pratiquée dans toute son intégrité.

Ces observations montrent que le climat algérien ne s'oppose pas à la guérison ou à l'amélioration spontanée de la tuberculose pulmonaire. On peut espérer que, appliqué plus strictement dans le cadre d'un sanatorium, le traitement hygiéno-diététique permettrait d'enregistrer avec plus de fréquence encore des résultats semblables.

Robert Clément.

**A. Lévi-Valensi** et **A. Anastaze.** ***Evolution comparée des tuberculeux pulmonaires sous les climats de France et d'Algérie*** (*L'Algérie médicale*, t. 43, n° 135, Mars 1939, p. 129-144). — Cette étude porte sur 22 tuberculeux pulmonaires: 13 ont eu une évolution favorable en Algérie, poursuivie ou stabilisée en France, 2 dont l'évolution était progressive ont été favorablement influencés par leur séjour en France; 3 autres ont été améliorés en sanatorium en France, alors que leur tuberculose continuait à évoluer en Algérie, mais pour 2 d'entre eux, la cure libre n'était pas sérieusement suivie et le repos insuffisant; le 3e a été amélioré en sanatorium après la mise en œuvre d'un traitement actif et collapsothérapique. 2 enfin ont vu l'évolution de leur tuberculose défavorablement influencée par le sanatorium.

Les deux tiers des malades dont l'évolution a été favorable en sanatorium en France, étaient ceux qui déjà, en Algérie, avaient orienté leur évolution dans ce sens. Le gain obtenu en France consiste le plus souvent en une amélioration de l'état général. L'utilité de l'envoi en France de ces tuberculeux n'apparaît pas avec évidence. On est en droit d'espérer un résultat aussi complet par la cure sanatoriale en Algérie.

L'envoi dans les établissements de France ne doit pas être complètement rejeté. Il sera réservé à une minorité de tuberculeux dont l'évolution est restée indécise malgré la mise en œuvre de la cure sanatoriale en Algérie, et pour lesquels on espère que le changement de climat pourra orienter favorablement l'évolution.

Robert Clément.

### GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

**A. Barraud** (Châtelaillon). ***Le climat marin et les états anaphylactoïdes chez les enfants*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 60, n° 17, 23 Avril 1939, p. 258-262). — Chez les enfants atteints d'asthme, de migraine, d'urticaire, de certaines dermatoses prurigineuses, de rhume des foins chez lesquels on peut parler de « diathèse, d'anaphylaxie », et qui ont comme stigmate familial commun l'éosinophilie, c'est au terrain, le plus souvent héréditaire, que le traitement doit s'adresser.

Chez les asthmatiques, la mer n'est réellement contre-indiquée que lorsqu'il est avéré qu'elle provoque par elle-même des réactions cutanées ou asthmatiques ou lorsque cet enfant, présentant en montagne ou en plaine un bon état général, est sujet, au bord de la mer, à des accès d'insomnie, de fatigue, d'irritabilité, voire de fièvre.

Certains enfants asthmatiques, adénoïdiens, lymphatiques ou porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques pourront, en certaines régions abritées du littoral, bénéficier des avantages du climat marin. Les sujets atteints de rhume des foins se trouvent bien, en général, d'un séjour au bord de la mer pendant les mois de mai et de juin.

Il faut signaler aussi l'heureuse influence du climat marin sur certaines dermatoses anaphylactiques et allergiques, survenant chez des sujets à la peau fragile qui rentrent dans la catégorie des sensibilisés universels.

« Pour combattre la diathèse colloïdoclasique et vagotonique qui est si fréquente, chez l'enfant surtout, il est logique et rationnel de s'adresser à un agent sympathicotonique et naturel susceptible de modifier, mieux que tout autre agent thérapeutique, la température des enfants. Or, l'expérience clinique prouve qu'il n'en est pas de meilleur que le climat marin, à condition toutefois qu'il soit utilisé suivant une posologie vraiment médicale. »

Robert Clément.

### LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

**A. Requet** et **J. Turin.** ***Le traitement des psychoses par les convulsions (Considérations biologiques et critiques)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 462, 5 Avril 1939, p. 239-243]. — Le traitement des psychoses par les convulsions est une intéressante expérience psycho-pathologique. Cette méthode n'empêche ni ne provoque de guérisons; elle guérit ce qui doit guérir, mais plus rapidement. Elle hâte les psychoses mais ne les modifie pas, elle en suit le destin.

Pour diminuer les doses et obtenir des crises là où les doses habituelles n'en provoquent pas, un détail de technique est précieux. On injecte la première moitié de la seringue à un rythme moyennement accéléré; on marque un temps d'arrêt d'une seconde avant de terminer l'injection. Il faut, au fur et à mesure, augmenter les doses pour avoir des crises et, quand on a interrompu le traitement pendant un certain temps, recommencer avec les dernières doses efficaces.

Dans la grande majorité des cas, les résultats sont favorables; rares sont ceux qui présentent une aggravation.

Si le rôle curateur de la méthode convulsive n'est que très secondaire dans les psychoses, elle n'en reste pas moins une excellente arme thérapeutique. C'est en outre un remarquable moyen d'investigation psycho-pathologique, qui permet des constatations intéressantes; par exemple, un catatonique, après 4 années de catalepsie et de gâtisme, est redevenu accessible, après quelques convulsions, et a montré qu'il était parfaitement orienté et au courant de tout ce qui s'était passé autour de lui pendant tout ce temps.

Robert Clément.

### ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

**F. Dève** (Rouen). ***Une nouvelle forme anatomo-radiologique de mycose pulmonaire primitive. Le mégamycétome intrabronchique*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. 13, n° 5, 1938, p. 337-361). — Un homme de 65 ans présenta, durant 11 ans, des hémoptysies à répétition incessante, sans expectoration intercalaire, sans signe de percussion et d'auscultation, sans altération de l'état général, sans fièvre, ni amaigrissement, ni asthénie. Il existait seulement un hippocratisme marqué des doigts, révélateur d'une lésion chronique suppurative du poumon.

L'examen radiologique montrait une ombre tumorale régulière, très nettement délimitée et manifestement encapsulée. On pouvait constater le signe dû à l'halo clair ou de la calotte aérienne permettant d'affirmer la communication du plan de clivage péritumoral avec la canalisation bronchique. C'est ce que venait confirmer la bronchographie lipiodolée. Ce signe était autrefois considéré comme pathognomonique d'un kyste hydatique du poumon. On ne pensa pas à la mycose, on ne rechercha pas la présence éventuelle de quelques champignons par examen direct et surtout par culture des crachats.

Un pneumothorax hémostatique n'eut pas grand effet, on y renonça, et le malade réclamant une intervention, celle-ci fut pratiquée. L'ouverture du thorax permit de constater, dans le poumon affaissé, une masse du volume d'un poing d'enfant siégeant à la partie inférieure du lobe supérieur, soudé à l'inférieur par une symphyse scissurale. Une pneumectomie paraissant impraticable, en raison des adhérences, une ponction exploratrice montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide. La mort survint 12 jours après l'opération.

Il s'agissait d'une mycose pulmonaire, jusqu'ici inconnue, caractérisée par une sorte de truffe unique emprisonnée dans une cavité, probablement bronchectasique moulée sur le corps étranger. Les filaments mycosiques avaient réalisé un véritable calcul au feutrage serré qui n'adhérait pas aux parois. La cavité était tapissée, près de son pôle hilaire, d'un épithélium pavimenteux résultant d'une métaplasie de l'épithélium bronchique: sur le reste de sa surface, elle était revêtue d'une nappe régulière de tissu de granulation extrêmement vascularisée télangiectasique expliquant la fréquence des hémoptysies.

Le champignon en cause appartient à la famille des Aspergillacées, son espèce n'a pu être déterminée. Le terme de mycétome est critiquable, mais a paru justifié pour désigner cette lésion volumineuse réalisée par un champignon.

Robert Clément.

### BULLETIN DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ETUDE DU CANCER (Paris)

**S. Laborde.** ***La radiothérapie du cancer du col utérin. Statistique de l'Institut du Cancer de l'Université de Paris*** (*Bulletin de l'Association française pour l'Etude du Cancer*, t. 28, n° 2, Février 1939, p. 282). — La statistique de l'Institut du Cancer concernant le traitement du cancer du col utérin est soigneusement tenue à jour. On peut extraire de cette dernière, qui concerne les années 1921-1932, un chiffre total de guérisons de 28 pour 100, d'ailleurs injustement alourdi par un nombre élevé de cancers traités au stade 4, qui comporte très peu de succès. Il vaut mieux retenir les chiffres de 57 pour 100 de guérisons pour le stade 1, 48 pour 100 pour le stade 2, et 31 pour 100 pour le stade 3.

Remarquons que ces trois derniers chiffres ne sont pas tellement écartés l'un de l'autre, alors qu'ils concernent des phases de la lésion qui, au regard de la thérapeutique chirurgicale, ont un pronostic pour ainsi dire opposé. Certaines formes de cancer du col utérin, même très avancées dans leur évolution, restent curables par le radium. Et à l'inverse, certaines formes prises au début ne sont pas guéries par les radiations.

Suit une étude très détaillée de la technique de la curiethérapie, de la rœntgenthérapie et de la télécuriethérapie, en usage actuellement à l'Institut du Cancer de Villejuif. Elle ne saurait être résumée.

Les complications infectieuses déclenchées par la curiethérapie des cancers du col constituent la principale cause d'échec immédiat. Elles n'ont pas encore pu être prévenues de façon satisfaisante. S. L. pense que le meilleur moyen pratique de les éviter est de faire d'abord la curiethérapie vaginale et puis, quelques jours après, de mettre en place la sonde porte-radium intra-cervicale.

Une étude des autres incidents cutanés, intestinaux, rectaux et vésicaux observés au cours du traitement est faite plus succinctement.

P. Moulonguet.

### JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

**L. Binet, V. Strumza** et **D. Voghel.** ***Anoxie et acapnie*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. **37**, n° 2, Juin 1939, p. 507-523). — On a beaucoup discuté sur l'importance et la signification des variations du $CO^2$ sanguin. Mosso a soutenu que sa baisse est responsable des troubles présentés à l'altitude (théorie de l'acapnie).

B., S. et V., pour réaliser l'anoxémie, ont fait respirer à des chiens chloralosés des mélanges gazeux appauvris en oxygène, à la pression de 760 mg. Hg, à l'aide d'un dispositif spécial. Leurs très nombreuses expériences ont mis en évidence les faits suivants :

1° La chute de la réserve alcaline n'est pas parallèle au degré de l'anoxémie supportée. Elle est déterminée par l'hyperventilation. Si l'anoxémie déclenche cette hyperventilation, l'état d'excitabilité du centre respiratoire régit son intensité. Le degré de l'anesthésie est important.

2° La baisse de la réserve alcaline n'est pas la cause de l'arrêt respiratoire observé à des altitudes élevées :

*a*) Cette apnée peut se faire avec une diminution très faible ou même nulle de la réserve alcaline.

*b*) Des animaux à débit respiratoire élevé ont pu supporter des anoxémies très poussées pendant que la réserve alcaline devenait indosable.

*c*) Le relèvement partiel, total ou excessif de la réserve alcaline n'empêche pas l'arrêt respiratoire et la mort de l'animal. Si l'on recourt à des atmosphères artificielles appauvries en O, mais enrichies en $CO^2$ (7,5 pour 100), le chien ne présente plus alors de chute de volume de $CO^2$ total plasmatique; il meurt quand même comme un témoin.

3° La pratique de la respiration artificielle avec de l'air enrichi en $CO^2$ n'est pas apte à ranimer le chien en apnée plus rapidement que l'air normal, pas plus que les injections de sérum bicarbonaté concurremment avec les manœuvres respiratoires ne sont favorables.

Ces faits doivent faire considérer le mal des altitudes comme un mal de sous-oxygénation. La chute du $CO^2$ total contenu dans le plasma est une conséquence de l'hyperventilation, elle peut être considérable; elle ne semble pas jouer le rôle que Mosso lui a attribué. L'anoxémie déclenche une hyperventilation; celle-ci entraîne une chute du $CO^2$ alvéolaire et sanguin; il est possible de s'opposer à cette déperdition de $CO^2$; la mort surviendra quand même. La privation d'oxygène reste le facteur dominant.

P.-L. Marie.

**L. Binet, M. Bochet** et **A. Bryskier.** ***Les atmosphères suroxygénées*** (*Journal de Physiologie et le Pathologie générale*, t. **37**, n° 2, Juin 1939, p. 524-535). — Si l'insuffisance d'oxygène est capable de déclencher des troubles graves et de provoquer la mort, son excès aussi est susceptible de tuer. B., B. et B. ont fait respirer des atmosphères suroxygénées à des oiseaux et à des souris.

Ils ont vu que l'oxygène pur en inhalation continue, poursuivie pendant plusieurs jours, présente un pouvoir toxique indiscutable qui se manifeste par des réactions respiratoires (ralentissement du rythme respiratoire), hématologiques (chute précoce du chiffre des hématies, puis polyglobulie devenant considérable à la phase terminale), biochimiques (élévation du taux du glutathion dans les organes, augmentation de l'urée sanguine) et histologiques (congestion diffuse des organes, épaississement des parois des alvéoles pulmonaires, leucocytose à éosinophiles dans le poumon), et qui aboutissent à la mort.

Deux facteurs permettent toutefois d'atténuer rapidement et de supprimer l'effet toxique de l'oxygène: la durée de l'inhalation et la concentration de ce gaz dans le mélange suroxygéné.

Ces expériences, qui s'ajoutent aux observations d'autres auteurs, sont suffisamment nettes pour porter à conseiller, à côté d'une durée limitée de l'inhalation d'oxygène à haute concentration, comme traitement d'urgence, un taux d'oxygène modéré (aux environs de 60 pour 100), comme traitement de fond.

P.-L. Marie.

### JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

**H. L. J. M. Defesche** (Maëstricht). ***Le priapisme. A propos d'un cas de priapisme traumatique*** (*Journal d'Urologie*, t. **47**, n° 6, Juin 1939, p. 465-475). — Un homme de 22 ans est pris de priapisme très douloureux une heure après un traumatisme du périnée sur un cadre de bicyclette. Tout est normal du côté du sang, sauf une accélération de sa vitesse de sédimentation. Les deux corps caverneux sont incisés: il en coule un sang noir, homogène, très épais, sans caillots. Suture. Le malade guérit à peu près complètement en 10 jours, mais, bien qu'il ait pu avoir auparavant des éjaculations, il ne retrouva ses érections qu'au bout de 18 mois.

Le traitement de choix dans le priapisme, si l'on ne peut agir sur sa cause, est l'incision, au bout de 4 semaines, des corps caverneux, bien que le malade y risque la perte de ses érections.

G. Wolfromm.

### REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

**Henri Vignes.** ***Rhumatisme ovarien*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. **34**, n° 7, Juillet 1939, p. 401-419). — Le rhumatisme ovarien, qui a été signalé dès 1901 par Dalché, apparaît à l'occasion soit de la ménopause, soit d'insuffisance ovarienne (retard de la puberté, aménorrhée, dysménorrhée surtout membraneuse, métrorragie, stérilité). Il se localise principalement au niveau des genoux, des articulations des phalanges, des vertèbres lombaires et l'articulation scapulo-humérale. Les lésions sont souvent symétriques, probablement pour des raisons de statique.

Les lésions qui débutent insidieusement peuvent aboutir à des déformations avec décalcification, lésions destructives et ostéophyte et on décrit alors, suivant la localisation, la lipo-arthrite de Weissenbach et Françon, les nodosités d'Heberden et la raideur douloureuse de l'épaule décrite par Brodin et Françon.

Parmi les affections concomitantes figurent une obésité plus ou moins accentuée et s'accentuant parfois au moment des crises douloureuses (« gonflite »). La laxité articulaire, les varices, les troubles vasomoteurs (hypertension sans lésions rénales), l'insuffisance thyroïdienne sont fréquemment notés. La pathogénie de ces affections s'explique par ce que Etienne May appelle des bouffées de chaleur épiphysaires qui entraînent une mobilisation calcique et consécutivement de l'ostéolyse et de l'ostéoprécipitation.

Parmi les facteurs adjuvants, on compte l'âge, les troubles héréditaires du métabolisme calcique, la pauvreté en réserves calciques et, enfin, le trouble du fonctionnement ovarien comme le montrent les bons effets exercés par le rétablissement momentané de la menstruation ou par le traitement opothérapique, effets qui doivent être mis en rapport avec la persistance de la croissance observée en cas de castration avant la puberté.

Quant à la localisation, elle relève principalement de facteurs mécaniques ou traumatiques.

Dans ces conditions, le traitement ovarien s'impose logiquement. Il doit être très précoce, prolongé, dosé d'une façon appropriée. Le traitement recalcifiant doit se faire également et à fortes doses en utilisant, au besoin, la vitamine D et le séjour dans les pays secs et ensoleillés. Les préparations à base de phosphore sont fréquemment vantées. Enfin, une orthopédie judicieuse a de bons effets, de même que les cures d'amaigrissement et les cures balnéaires (Aix-les-Bains, Dax, Luxueil, etc.).

P.-E. Morhardt.

### REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

**Ed. Kreles.** ***Du diagnostic et des indications opératoires dans les complications récentes et tardives des traumatismes cranio-cérébraux fermés*** (*Revue neurologique*, t. **71**, n° 4, Avril 1939, p. 369-388). — Ce mémoire est basé sur l'étude de 85 cas de complications des traumatismes cranio-cérébraux.

Pour les complications récentes il faut d'abord rechercher les symptômes qui permettent de soupçonner une complication, symptômes variables suivant que le sujet est conscient, est dans le coma depuis le traumatisme, ou qu'il a existé un intervalle libre entre le traumatisme et les signes de compression. Se pose ensuite le diagnostic des accidents eux-mêmes. Or K. a diagnostiqué 6 hématomes extra- ou sous-duraux, 11 arachnoïdo-pie-mérites diffuses ou localisées, 7 œdèmes cérébraux, 1 hématome enkysté intracérébral, 2 cas de collapsus ventriculaire, 2 cas de dilatation ventriculaire associée à d'autres complications.

K. passe successivement en revue toutes ces complications. Il considère les arachnoïdo-pie-mérites comme relativement fréquentes, mais l'œdème cérébral est la complication observée le plus souvent. Il peut s'observer d'emblée, ou, au contraire, après un intervalle libre. La dilatation ventriculaire aiguë est un symptôme associé à la méningite séreuse. Le collapsus ventriculaire est décelé par la rachicentèse. Les complications tardives sont représentées par l'hématome sous-dural dont le tableau est bien connu; par les méningites séreuses tardives qu'il faut distinguer en méningites de la base, méningites de la voûte, arachnoïdites opto-chiasmatiques; par l'œdème cérébral tardif; par les dilatations ventriculaires globales ou asymétriques; par le syndrome subjectif des commotionnés du crâne.

K. termine par des considérations brèves sur les éléments permettant de préciser le siège de la compression et le diagnostic de la conduite à tenir.

H. Schaeffer.

### REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

**Géo Beltrami** et **Marc Romieu** (Marseille). ***La mélanodontie infantile*** (*Revue de Stomatologie*, t. **41**, n° 6, Juin 1938, p. 433). — Sous ce nom, B. et R. décrivent un mode particulier atypique de désintégration des dents temporaires caractérisé :

1° Anatomiquement par une disparition primitive de zones d'émail laissant à nu l'ivoire qui par attrition s'use et disparaît secondairement.

2° Cliniquement par l'exposition sur les faces vestibulaires des dents temporaires supérieures, principalement, de taches noirâtres envahissant circulairement la couronne qui finit par disparaître laissant à fleur de gencive des moignons généralement obturés par l'ivoire plus ou moins hyperdensifié.

Jusqu'ici ces lésions ont été généralement confondues avec les caries dentaires. Elles s'en différencient en dehors des caractères précédents par leur invasion par du pigment mélanique et leur évolution. Peu douloureuses, elles entraînent rarement des complications septiques, par suite du pro-

cessus réactionnel pulpaire. Elles sont sans rapport avec la dentition permanente qui les remplace.

Il s'agit vraisemblablement d'une manifestation du déséquilibre nutritionnel, conséquence de la révolution biologique, principalement alimentaire, due à la civilisation actuelle.

M. Dahoum.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL
### (Londres)

**A. Tudor Edwards.** ***Les principes modernes du traitement des bronchiectasies basés sur 199 cas traités par la lobectomie ou par la pneumonectomie.*** (*British Medical Journal*, n° 4085, 22 Avril 1939, p. 809-815). — On sait la gravité des bronchiectasies. Même dans les formes sèches qui sont les moins graves, il faut toujours redouter des complications septiques qui emportent le malade. Dans les formes suppurées, le pronostic est pour ainsi dire fatal à plus ou moins longue échéance. Le traitement médical, qui comprend l'administration de différents médicaments, le drainage postural, la broncho-aspiration, ne donne que des résultats insuffisants et n'empêche pas les complications. Le pneumothorax n'amène souvent pas une compression suffisante en raison des adhérences.

Le traitement chirurgical est plus efficace. Mais ce ne sont pas les opérations destinées à affaisser le poumon telles que la phrénicectomie et la thoracoplastie que préconise E., mais la lobectomie et la pneumonectomie.

Ces deux opérations sont devenues possibles depuis que les injections de lipiodol de Sicard et Forestier ont permis de diagnostiquer à coup sûr non seulement le poumon, mais encore le lobe atteint. Les résultats de la lobectomie se sont améliorés depuis 1935, époque à laquelle on comptait 37 morts sur 52 opérés dans une statistique de Lilienthal. Grâce aux progrès de la technique, les statistiques sont meilleures. E. a pratiqué 166 lobectomies portant sur tous les lobes, mais de préférence sur les lobes inférieurs (120 cas). La mortalité a été de 20, soit 12 pour 100; 78 cas ont été radicalement guéris.

E. a également pratiqué 33 pneumonectomies; dans 13 cas il a enlevé le poumon droit, dans 20 cas le poumon gauche. Dans 6 cas il enleva le poumon par lobectomies successives, dans les autres cas, l'opération se fit en un seul temps; 7 malades sont morts, 19 sont guéris et travaillent; 4 ont une fistule bronchique, 2 sont restés à l'hôpital et un venait d'être opéré.

Les malades qui semblent devoir le plus bénéficier de cette intervention sont les enfants (aucun cas de mortalité sur 38 sujets de moins de 16 ans) en raison de la moindre atteinte de l'état général. La bilatéralité des lésions, l'adjonction de tuberculose pulmonaire, l'insuffisance cardiaque sont des contre-indications formelles à cette opération.

André Plichet.

### THE LANCET
### (Londres)

**H. L. Sheehan et Robin Murdoch.** ***Nécrose post-partum du lobe antérieur de l'hypophyse.*** (*The Lancet*, n° 6032, 8 Avril 1939, p. 818-820). — Dans un article antérieur, S. et M. ont montré que les malades ayant une insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse, consécutive à une nécrose de cette glande survenue après un accouchement, pouvaient guérir par une nouvelle grossesse. Ils rapportent cette fois l'observation d'une malade de 32 ans qui, non seulement présenta les symptômes d'une insuffisance hypophysaire (amaigrissement, sénescence prématurée, perte des poils), mais encore une involution utérine avec aménorrhée pendant 4 ans 1/2. Un traitement hormonal, d'abord par l'extrait du lobe antérieur, puis par le benzoate de dihydroxyoestrine ramena une menstruation minime et permit une grossesse. Au cinquième mois de celle-ci, les signes d'insuffisance hypophysaire avaient disparu; la grossesse continua d'évoluer et l'accouchement se fit normalement.

André Plichet.

### LA SEMANA MEDICA
### (Buenos-Ayres)

**A. R. Albanese et M. A. Craviotto.** ***La névralgie du trijumeau : traitement par anesthésies répétées du ganglion cervical supérieur*** (*La Semana Medica*. An. 45, n° 51, 12 Décembre 1938, p. 1426-1431). — A. et C. passent en revue les nombreux traitements appliqués à la névralgie faciale: traitements *médicaux* (hypnotiques, antispasmodiques, acotinine, trichloroéthylène); *sections* des rameaux du trijumeau et du ganglion de Gasser; exérèse du ganglion de Gasser par voie temporale; section de la racine sensitive du trijumeau, conservant les rameaux ophtalmiques, par voie occipitale; *résection* du ganglion cervical supérieur du sympathique, déterminant l'atrophie des filets sympathiques péri-sylviens et gassériens; traitements odontologiques.

Ces thérapeutiques diverses visaient les facteurs étiologiques de la névralgie faciale. Mais, parmi eux, le système sympathique joue un rôle prépondérant.

A. et C. cherchent à agir sur les centres sympathiques trophiques du trijumeau, par *anesthésies* répétées du ganglion sympathique cervical supérieur.

Ils injectent 10 $cm^3$ de solution de novocaïne à 1 pour 100 tous les 4 à 7 jours pendant un mois. Ils rapportent 4 observations de guérisons persistant depuis plusieurs mois.

Bibliographie.

G. d'Heucqueville.

**C. M. Barzizza.** ***La micro-réaction de Chediak pour le diagnostic de la syphilis, réalisé avec une goutte de sang sèche*** (*La Semana Medica*. An. 46, n° 6. 9 Février 1939, p. 313-318). — Chediak a établi, en 1932, sur 800 observations, la remarquable sensibilité de la réaction effectuée sur le sang sec pour le diagnostic de la syphilis.

Une goutte de sang est défibrinée par mouvements circulaires imprimés à la laine, puis dissoute dans une solution de chlorure de sodium à 3,5 pour 100, enfin mise en contact avec l'antigène de Meinicke.

La réaction positive se manifeste par des granulations noires visibles sous le microscope.

La micro-réaction de Chediak présente une sensibilité presque égale aux réactions de Wassermann, Meinicke et Kahn. Elle est d'exécution plus facile et discrète, et doit être recommandée spécialement chez les enfants et les femmes enceintes.

G. d'Heucqueville.

### LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
### (Buenos-Aires)

**R. Denis, A. P. Hendtlass et J. A. Schicht.** ***Contrôle tuberculinique et radiographique des vaccinés et revaccinés au BCG (voies buccale et sous-cutanée)*** [*La Prensa Medica Argentina*, an. 26, n° 7, 15 Février 1939, p. 354-369]. — D., H. et S. pensent que le contrôle des vaccinés au BCG est indispensable. De leurs travaux il résulte qu'une intradermo-réaction positive n'est pas un critérium certain de la résistance acquise par vaccination. D., H. et S préconisent le BCG par voie sous-cutanée. Ils ont ainsi vacciné plus de 3.000 enfants sans jamais observer de troubles, d'abcès. Mais les dates d'apparition de l'allergie sont très variables. C'est pourquoi il convient d'associer aux contrôles habituels le test radiographique qui montre l'existence d'images pathologiques du type nodulaire peu accentué et différentes de celles observées chez les non-vaccinés. Pour D., H. et S., ces images sont dues à un processus engendré par le BCG. Le contrôle radiographique et tuberculinique montre en fin de compte l'excellence de la méthode de vaccination par le BCG.

Robert Coronel.

### REVISTA MEDICA LATINA AMERICANA
### (Buenos-Ayres)

**J. A. Bello et J. A. Perez del Cerro.** ***Anencéphalie diagnostiquée durant la grossesse : bride amniotique*** (*Revista Medica latino-americana*. An. 23, n° 276, Septembre 1938, p. 1427-1432). — Observation d'un cas d'anencéphalie, reconnu au 7e mois d'une grossesse par l'examen clinique et radiologique.

Le fœtus macéré est expulsé au 8e mois. Le cordon était enroulé autour d'une *bride* amniotique, qui se continuait avec ébauche du cuir chevelu. Bec-de-lièvre, cavités orbitaires recouvertes de paupières rudimentaires.

Ce cas paraît relever de causes différentes de celles de la plupart des monstruosités: ces dernières sont d'origine syphilitique le plus souvent, et il faut traiter systématiquement les mères.

G. d'Heucqueville.

### REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
### (Louvain)

**J. Bottin** (Liége). ***Le reflux duodéno-cholédocien et la nécrose aiguë du pancréas*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. 11, n° 4, Avril 1939, p. 125-151). — Dans le but de vérifier l'hypothèse que la nécrose aiguë du pancréas est due à un reflux de bile dans le canal de Wirsung, des expériences ont été poursuivies chez le chien. Grâce à la pénétration d'un tube cholédoco-pancréatique par voie intra-duodénale, on amène la bile au contact des voies excrétrices du pancréas dans des conditions proches de celles que l'on accuse chez l'homme d'être à l'origine de la nécrose aiguë du pancréas. Avec cette technique, on ne provoque pas de semblables lésions.

Au point de vue clinique, les cholangiographies pratiquées par fistules vésiculaires, ont montré que chez un nombre relativement grand de sujets, la bile pouvait être amenée au contact du pancréas par l'intermédiaire du canal de Wirsung sans qu'il en résulte de gros dommages pour la glande.

L'existence d'un spasme du sphincter d'Oddi n'est nullement démontrée. Au contraire, on a pu se rendre compte expérimentalement, grâce à la mensuration de la pression dans les voies biliaires, qu'il existe une paralysie ou une parésie du sphincter d'Oddi lorsque l'HCl concentré agit sur la papille cholédocienne, en cas de cholécystite aiguë, de nécrose aiguë du pancréas et d'obstruction intestinale haute.

Le reflux duodéno-pancréatique a été constaté chez l'animal et chez l'homme.

Ces diverses constatations tendent à montrer que le reflux cholédoco-pancréatique de la bile dans les voies pancréatiques n'a qu'une influence accessoire dans le déterminisme des nécroses aiguës du pancréas, chez les malades atteints d'une affection des voies biliaires extra-hépatiques. Le reflux duodéno-cholédocien et duodéno-pancréatique est probablement beaucoup plus important.

Robert Clément.

### BRASIL MEDICO
### (Rio de Janeiro)

**O. Cabral Motta.** ***Contribution à l'étude clinique de la syphilis pulmonaire*** (*Brasil Medico*, an. 53, 1er Avril 1939, p. 411-420). — C. M. rapporte deux cas d'infection pulmonaire, manifestement syphilitique. Le diagnostic porté fut: « Syphilis probable du poumon ». A propos de ces cas, C. M. passe en revue les divers moyens d'investigation qui permettent d'établir un diagnostic positif: examen clinique, radio-diagnostic, examen de l'expectoration, sérologie, inoculation au cobaye, bronchoscopie, examen histo-pathologique, diagnostic différentiel (tuberculose et cancer) et enfin test thérapeutique. Les lésions sont radiologiquement semblables à celles décrites par Sergent et Benda (forme gommeuse). Les malades ont tous deux été traités par le bismuth, les sels de mercure et le néosalvarsan. La guérison a été complète dans les deux cas.

Robert Coronel.

### A FOLHA MEDICA
### (Bahia)

**F. A. de Moura Campos.** ***Métabolisme basal dans les pays tropicaux et sub-tropicaux*** (*A Folha Medica*, an. 20, n° 7, 5 Mars 1939, p. 73-79). — L'étude du métabolisme de base chez les habitants des régions tropicales et sub-tropicales a donné lieu à bien des discussions. A l'heure actuelle l'accord ne s'est pas fait et parmi les partisans de la « réduction du métabolisme » la cause de cette réduction est elle-même matière à discussions. Le problème est complexe, bien des facteurs — que M. C. passe en revue — climat, température effective, altitude, alimentation, profession, origine raciale, etc., influant sur le métabolisme.

Cependant M. C. se range à l'opinion de Ozorio de Almeida, c'est-à-dire à la réduction du métabolisme chez l'habitant des tropiques, cette réduction étant considérée comme utile et constituant un moyen de défense contre la température élevée du milieu ambiant.

Une abondante bibliographie complète cet article qui retrace l'histoire de ces recherches.

Robert Coronel.

### THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
### (Philadelphie)

**E. Schiödt** (Copenhague). ***La régénération du sang chez l'homme. La réticulocytose chez les malades atteints d'hématémèse ou de mélæna par ulcère gastrique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 196, n° 5, Novembre 1938, p. 632-642). — Après une hémorragie, même si la production des hématies n'est pas augmentée, il faut s'attendre à une élévation du pourcentage des réticulocytes, étant donné que le même nombre (normal) de réticulocytes donnera un pourcentage plus fort quand le taux des hématies se trouve abaissé.

La plupart des auteurs admettent que l'on trouve un pourcentage élevé de réticulocytes (jusqu'à 25 pour 100) après les hémorragies. Mais chez les malades de S. atteints d'hémorragies par ulcères, dont 17 reçurent du fer et 10 n'en eurent pas, tout en étant tous soumis au même régime-type, la réticulocytose dépassa exceptionnellement 10 pour 100. Par contre, chez 6 malades qui présentaient un taux abaissé d'hémoglobine lors de leur entrée, juste après l'hémorragie, le taux des réticulocytes s'éleva jusqu'à 28 pour 100. S. pense que ces malades présentaient avant leur hémorragie une anémie par déficit de fer, et conséquemment une diminution de la production des hématies. La réticulocytose chez les patients qui reçurent du fer ne se montra pas beaucoup plus élevée que celle des malades qui n'en reçurent pas.

S. a trouvé une corrélation entre la réponse réticulocytaire maxima et les chiffres minima de globules rouges. Le pourcentage maximum des réticulocytes s'accroît en même temps que s'abaisse le chiffre des globules rouges.

Chez un sujet donné, l'ampleur de la réticulocytose ne fournit aucune indication sur la vitesse de la régénération sanguine.

En terminant, S. discute l'opinion qui veut que la réticulocytose constitue un indicateur de la production des globules rouges. Ce n'est pas nécessairement le cas d'après S. Il semble bien que le déversement des globules rouges par la moelle osseuse dans le sang soit le résultat de deux facteurs: l'intensité de la production et l'intensité de l'émission. Ces deux facteurs ne sont pas forcément toujours parallèles et il est probable qu'ils sont contrôlés de différentes façons.

P.-L. Marie.

### ANNALS OF SURGERY
### (Philadelphie)

**S. Grinnel** (New-York). ***Le degré et le pronostic du cancer du côlon et du rectum*** (*Annals of Surgery*, vol. 109, n° 4, Avril 1939, p. 500-533). — Cette importante étude est basée sur 223 cas de tumeurs du gros intestin, opérés par résection, de 1916 à 1932, avec examen histologique. Il y avait 114 cancers du côlon, le reste sur le rectum. Il y eut 59 décès opératoires.

G. a étudié le degré de gravité de ces tumeurs en se basant sur quatre caractères histologiques: l'arrangement glandulaire, l'envahissement, la polarité nucléaire, le nombre de mitoses. Il distingue ainsi trois degrés de malignité. La survie sans récidive au bout de 5 ans fut trois fois plus fréquente dans le premier degré que dans le troisième. Il y a une plus grande quantité de cas graves dans les tumeurs du rectum que dans celles du côlon.

Les ganglions étaient envahis dans 27 pour 100 des cas, et deux fois plus dans les tumeurs du rectum que dans celles du côlon. La survie de 5 ans fut deux fois et demie plus fréquente dans les cas de ganglions non envahis.

Les tumeurs bourgeonnantes ont un meilleur pronostic que les tumeurs infiltrantes.

Les variations de degré histologique dans diverses parties de la même tumeur sont fréquentes.

Il n'y a pas de relation entre l'âge du malade et la survie de 5 ans. Il y a eu 32 pour 100 de survies de 5 ans dans les tumeurs du côlon, 25 pour 100 dans celles du rectum.

M. Guimbellot.

### ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
### (Chicago)

**J. D. Bisgard.** ***Rapports entre l'hyperthyroïdie et l'hypertension*** (*Archives of internal Medicine*, t. 63, n° 3, Mars 1939, p. 497-504). — Chez les hyperthyroïdiens on constate en général que la pression systolique est légèrement ou modérément élevée et que la diastolique est normale ou un peu abaissée. Le taux de la maxima redevient normal quand l'hyperthyroïdie s'améliore. Mais il est des cas où la pression systolique est plus élevée qu'habituellement, et d'autres où les deux pressions sont anormalement fortes et où l'amélioration de l'hyperthyroïdie n'a que peu ou pas d'influence. Ce sont ces cas qui ont motivé l'étude de B.

Parmi 265 hyperthyroïdiens il a rencontré chez 8 pour 100 de l'hypertension essentielle vraie associée et chez 30 pour 100 des élévations de la maxima au-dessus du niveau habituel dans l'hyperthyroïdie (dépassant 150 mm. Hg). Se basant sur les modifications de la pression, consécutives à l'amélioration de l'hyperthyroïdie, il distingue deux ordres de faits: 1° Des cas d'hypertension essentielle fixée, où la pression et l'évolution de l'affection vasculaire ne sont pas influencées de façon significative par l'hyperthyroïdie; 2° des cas où il s'agit d'hypertension essentielle latente ou labile, dans lesquels la pression diminue considérablement avec l'amélioration de l'hyperthyroïdie ou tombe à un niveau normal et s'y maintient pendant longtemps. Chez certains malades de cette catégorie on voit ultérieurement la pression se relever. On constate chez les malades de cette seconde catégorie une réponse excessive de la pression à l'exercice ainsi qu'à l'immersion d'une main dans l'eau glacée (épreuve de Hines). B. pense que chez eux l'hyperthyroïdie ne fait que révéler ou exagérer une hypertension qui est latente.

En outre, il croit que dans les deux catégories de faits il existe une maladie des artérioles, différente seulement dans son degré. Dans la première, la maladie est plus avancée et a rendu la capacité du système circulatoire insuffisante même pour une masse sanguine normale. Dans la seconde, la maladie peut être appelée « hypertension préventive »; avec les progrès de l'affection elle réalise le premier type.

P.-L. Marie.

### BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL
### (Baltimore)

**W.-H. Barker et L.-E. Hummel.** ***Anémie macrocytique, associée à des sténoses et anastomoses intestinales*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 64, n° 4, Avril 1939, p. 215-251). — B. et H. ont minutieusement étudié deux cas d'anémie macrocytique associée à des anastomoses intestinales.

Le premier était un dentiste de 56 ans qui souffrait, depuis 4 ans, d'une obstruction intestinale partielle due à une iléite non spécifique. Peu après une iléo-colostomie pour supprimer l'obstruction, le malade développa une anémie macrocytique sévère en même temps que la diarrhée, de la flatulence, de l'amaigrissement et une glossite. La moelle osseuse montrait une hyperplasie mégaloblastique. Le suc gastrique était normal. La présence du facteur hématopoïétique dans ce suc fut mise en évidence indirectement par le fait que le taux des réticulocytes ne fut pas augmenté par l'administration du facteur de Castle. Les symptômes gastro-intestinaux furent améliorés et l'anémie disparut lorsqu'au régime on ajouta des injections d'extrait de foie.

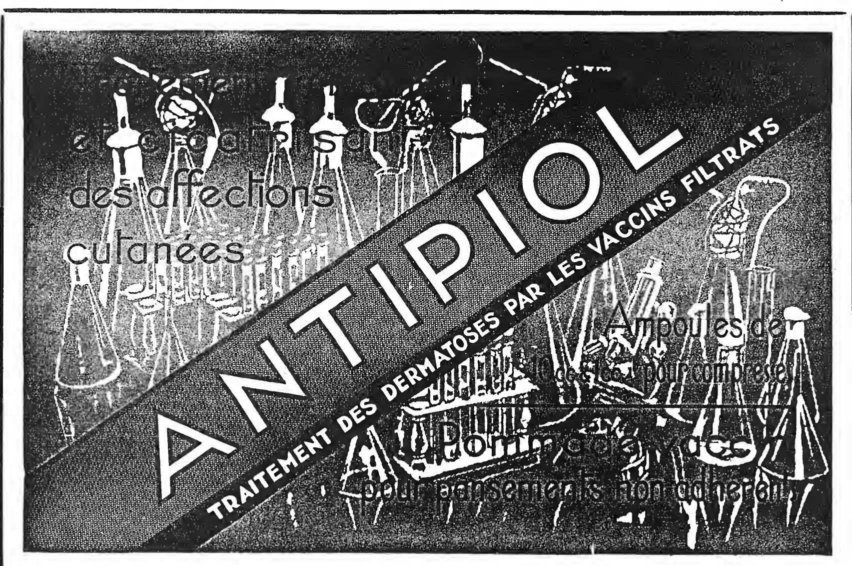
Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 35 ans, atteint depuis plusieurs années d'un ulcère gastrique et ayant subi pour cela une gastro-entérostomie suivie d'hématémèse. Après une seconde opération pour lever les adhérences, il maigrit, présenta de la distension abdominale et une anémie macrocytique avec leucopénie. L'examen radiologique montra une fistule gastro-jéjuno-colique. Après la suppression de la fistule, le malade fut amélioré momentanément, mais il présenta une obstruction pylorique et du mélæna qui nécessitèrent une intervention à la suite de laquelle il mourut de péritonite.

B. et H. ont pu retrouver 49 cas analogues dans la littérature.

Ils concluent qu'il s'agit d'une entité nosologique et non d'une simple coïncidence d'anémie pernicieuse idiopathique et de lésions intestinales.

Cette forme d'anémie macrocytique serait intimement liée à la stagnation et à la putréfaction du contenu intestinal d'où résulte peut-être l'absorption de substances toxiques. Le traitement efficace consiste en la suppression des causes de la stase intestinale, quoique l'hépatothérapie provoque une amélioration clinique et hématologique dans certains cas.

Robert Clément.



des affections
cutanées
ANTIPIOL
TRAITEMENT DES DERMATOSES PAR LES VACCINS FILTRATS
Ampoules de
pour compresses
Pommade
pour pansements non adhérents

### ORVOSI HETILAP
### (Budapest)

**Kulscsar et Lajtavari.** ***Le traitement de l'état d'angoisse par l'acétylcholine*** (*Orvosi Hetilap*, t. 83, 4 Février 1939, p. 107-109). — Selon les suppositions et observations de différents auteurs, la cause de l'état d'anxiété est due aux troubles de la circulation sanguine locale et, en particulier, à l'anoxémie du cerveau. Se basant sur ces théories et sur ces observations, K. et L. ont employé dans cet état, et surtout dans l'angoisse sympathicotonique de la schizophrénie, l'acétylcholine. Ils ont trouvé que ce médicament, seul, et surtout associé à la morphine peut passagèrement influencer ces état, même l'angoisse schizophrénique. Dans certains cas, l'application de longue durée de l'acétylcholine peut influencer favorablement l'anxiété, pour une longue période.

A. Blazso.

**F. Ipolyi.** ***Le traitement de la migraine et des crises migraineuses par ionophorèse histaminique endo-nasale*** (*Orvosi Hetilap*, t. 83, n° 11, 18 Mars 1939, p. 260-262). — Dans ses recherches antérieures, I. a montré que l'application de l'ionophorèse histaminique nasale provoque une hyperémie régionale et a un effet analgésique très marqué. Il a observé également que, dans les migraines d'origine non-nasales, cette thérapie est efficace. C'est à cause de l'action vasodilatatrice de l'ionophorèse histaminique nasale que I. a essayé cette thérapeutique dans les migraines dues aux spasmes capillaires du cerveau. Il a trouvé que cette intervention est efficace pour supprimer ces spasmes capillaires.

La migraine spastique cesse immédiatement après l'ionophorèse histaminique nasale. C'est la méthode de la thérapie spécifique des crises migraineuses. Dans les migraines dues aux sinusites nasales, cette intervention peut influencer par son effet vasodilatateur, par l'hyperémie, les processus inflammatoires. L'hyperémie provoquée par cette médication est plus marquée que celle obtenue par ondes courtes. Dans certains cas, la névralgie faciale cesserait aussi par ce moyen.

Dans l'ozène et dans la rhinite chronique, les douleurs névralgiques peuvent être également supprimées par l'ionophorèse histaminique. I. n'a jamais constaté le moindre inconvénient chez les sujets ainsi traités.

A. Blazso.

### ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
### (Naples)

**R. Berti-Riboli** (Gênes). ***Sur la diverse tolérance de l'os à l'égard des métaux utilisés dans les ostéosynthèses*** (*Annali Italiani di chirurgia*, vol. 17, fasc. 10, Octobre 1938, p. 827-860). — B.-R. s'est livré à des expériences sur le chien et le lapin. Il en donne la technique et nous fait connaître ses conclusions.

Une plaque métallique mise au contact d'un os constitue avec celui-ci un couple électrique, source d'une force électromotrice variable selon le métal, et mesurable en millivolts.

La toxicité de la plaque vis-à-vis de l'os et les troubles de l'ostéogénèse qui en découlent, sont en raison directe du courant qui se développe.

B.-R. a pu établir l'échelle suivante, qui place en même temps les métaux par ordre de toxicité décroissante : cuivre, 380 mv.; aluminium, 310 mv.; acier inoxydable Niox, 180 mv.; acier au vanadium, 114 mv.; acier inoxydable NRA, 134 mv.; duralumin, 110 mv.; or, 74 mv.

Il existe des différences individuelles dans la tolérance à l'égard d'un même métal, mais d'une façon générale, toute fracture se trouve retardée dans sa consolidation par la présence d'une plaque métallique.

J. Assali.

### FOLIA MEDICA
### (Naples)

**V. Mauro** (Naples). ***Sur le travail et la pathologie professionnelle des ouvriers employés au travail du verre*** (*Folia medica*, t. 25, n° 1, 15 Janvier 1939, p. 1-22). — L'industrie du verre à tous ses stades est une source possible de dangers; les mesures hygiéniques ont rendu très rares les classiques stigmates professionnels et on ne rencontre presque plus de cataracte, de silicose et de syphilis buccale; mais de nombreuses maladies professionnelles subsistent, qui varient suivant le travail. Chez les polisseurs, un dispositif fixant les objets a supprimé les callosités des avant-bras; un autre dispositif empêche dans une très large mesure l'inhalation de grains de verre et de sable, mais l'humidité des ateliers provoque de nombreuses affections rhumatismales; celles-ci et les catarrhes bronchiques sont fréquents chez les ouvriers des fours et des gazogènes, surtout dans les périodes de temps froid ou changeant; dans les ateliers des tailleurs, il n'y a presque plus de poussières et ce n'est qu'à la longue qu'on observe parfois des lésions des premières voies aériennes n'atteignant pas les bronches; beaucoup de ces travailleurs ont des vices de réfraction oculaire, ce qui est dû à leur position qui les rapproche trop de l'objet, mais pas à une insuffisance de l'éclairage; chez ceux qui gravent à l'acide fluorhydrique, l'emploi de gants n'évite pas l'apparition d'ulcérations torpides et rebelles des mains. Les ouvriers qui pulvérisent les matières premières et ceux qui font les divers mélanges présentent des catarrhes bronchiques et rhinopharyngés, des conjonctivites, des lésions cutanées sur les régions découvertes; les signes radiographiques de la silicose n'ont pas été retrouvés par M. et d'ailleurs, la silice n'a pas besoin d'être très finement pulvérisée pour le travail du verre et est constamment maintenue humide. Dans les cristalleries, l'emphysème des souffleurs est beaucoup plus rare que dans les verreries, car le soufflage y nécessite moins d'efforts et, sur 89 souffleurs, M. n'en a trouvé que 10 ayant des signes d'emphysème léger et de bronchite chronique diffuse; par contre, on relève chez les souffleurs des affections rhumatismales, des lombalgies et des sacralgies par suite de la chaleur et des brusques variations de température qu'ils subissent; la dyspepsie et les troubles gastro-intestinaux sont fréquents car ils doivent boire beaucoup (6 litres ou plus par jour); les caries dentaires sont nombreuses mais la classique usure des incisives produite par la rotation de la canne n'existe plus. M. n'a pas observé de cataracte et n'a noté que quelques cas d'hypertrophie cardiaque légère sans troubles subjectifs. Chez les sujets jeunes qui passent la pâte de verre aux souffleurs et qui travaillent tout près du four, sujets qui viennent des campagnes et qui sont mal vêtus et mal nourris, on relève des troubles nerveux (céphalée, tremblement, hyperexcitabilité, asthénie) et cardiaques (palpitations, angoisse, tachycardie sans augmentation de l'aire cardiaque en général); ces troubles cardiaques dépendent à la fois de la température élevée à laquelle ces jeunes ouvriers travaillent et de leur état de fatigue générale.

Lucien Rouquès.

### GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
### (Milan)

**C. Zelaschi** (Padoue). ***Sur les foyers bronchopneumoniques et les lobites tuberculeuses qui se développent dans les poumons comprimés par un pneumothorax artificiel*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. 59, n° 48, 27 Novembre 1938, p. 1183-1196). — Z. rapporte 5 observations de complications parenchymateuses tuberculeuses aiguës dans des poumons collabés : 2 cas de bronchopneumonies étendues à presque tout le poumon, complication survenue précocement lors de l'institution du pneumothorax, 3 cas de lobites tuberculeuses limitées au lobe primitivement malade, dont l'une est apparue lors des premières insufflations et les deux autres tardivement, alors que le pneumothorax avait déjà donné un bon résultat. Du point de vue pathogénique, on doit retenir deux facteurs principaux, l'un déterminant constitué par les modifications mécaniques provoquées par le pneumothorax au niveau d'un foyer tuberculeux, l'autre prédisposant représenté surtout par les modifications humorales qu'entraîne le pneumothorax. La pneumonie diffuse tuberculeuse est la conséquence d'une dissémination par voie bronchique des produits bacillifères favorisée par le mode de division des grosses bronches du côté gauche (les deux cas observés par Z. siégeaient de ce côté) et celle du choc hémoclasique que déclanche le pneumothorax et qui agit comme une injection de tuberculine. Les lobites tuberculeuses du moignon comprimé sont probablement dues à une modification de la résistance organique, à l'état d'hypersensibilité des éléments du parenchyme pulmonaire et surtout à la réaction périfocale produite par le choc du pneumothorax.

Lucien Rouquès.

### MINERVA MEDICA
### (Turin)

**A. Francaviglia** (Bari). ***Considérations sur la distribution de la maladie de Cooley en Italie*** (*Minerva Medica*, an. 30, t. 1, n° 1, 6 Janvier 1939, p. 6-8). — Soixante cas environ d'anémie érythroblastique ont été publiés depuis que Cooley a décrit cette maladie en 1925 et parmi eux la moitié a été observée en Amérique et un peu plus du tiers en Italie; presque tous les sujets atteints sont originaires du bassin méditerranéen (Italiens, Grecs, Syriens). On a soutenu qu'il s'agissait d'une affection raciale, mais on sait que la race dite méditerranéenne suivant la classification d'Eickstedt se retrouve jusqu'aux côtes d'Irlande et d'autre part n'est pas la seule sur les bords de la Méditerranée; il n'est pas démontré que les sujets atteints de la maladie appartenaient à cette race et d'ailleurs on connaît quelques cas de la maladie chez des Anglo-Saxons, chez un Indou et chez un Mulâtre.

En examinant la distribution de la maladie en Italie, on note trois foyers principaux ou plus exactement trois régions où on a dépisté la maladie : l'Emilie et surtout la région de Ferrare, la Sicile (provinces de Catane et de Palerme), la Sardaigne (Cagliari, Sassari). En dehors de ces foyers, des cas ont été observés chez des sujets originaires de la province de Vérone, de Spalato, du Piémont. F. a dépisté 6 cas de la maladie chez des malades nés en Pouille (environs de Bari et de Taranto). Il est probable qu'il n'y a du point de vue étiologique entre la maladie de Cooley et le paludisme qu'une coïncidence fortuite, contrairement à ce que pensent les auteurs grecs; aucun des malades de F. n'était paludéen ainsi que leurs parents; mais ces malades habitaient dans des localités où la malaria sévit comme presque tous ceux qui ont été observés en Italie.

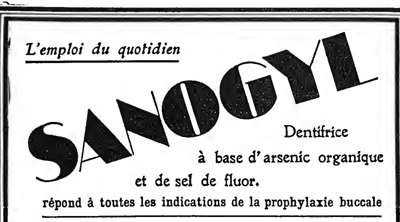
Lucien Rouquès.

### RIVISTA DI CHIRURGIA
### (Naples)

**P. Bruni** (Naples). ***L'hormonothérapie testiculaire de l'hypertrophie prostatique*** (*Rivista di Chirurgia*, an. 5, nos 1-2, Janvier-Février 1939, p. 8-31). — Après une revue critique des conceptions modernes de l'hypertrophie de la prostate, B. apporte 15 observations personnelles.

Ses malades ont été traités par des injections intra-musculaires de propionate de testostérone synthétique en solution huileuse. Un milligramme équivaut à 50 U. I. — Les injections pratiquées


ANÉMIE – HÉMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE
1 à 3 AMPOULES BUVABLES de
GASTRHÉMA
MÉTHODE DE CASTLE - Extrait hydrosoluble d'Antre Pylorique de Porc
10 gr. d'extrait = 600 gr. d'estomac frais.
Echantillons sur demande de
GASTRHÉMA
FRENASMA
NÉOSULFA 3
Le GASTRHÉMA est admis par les Assurances Sociales et l'Assistance Publique
Laboratoire du GASTRHÉMA, 71, rue Saint-Blaise, PARIS (XXe)


L'emploi du quotidien
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor.
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. VILLETTE, & Cie, Pharmaciens, 5, rue Paul-Barruel, PARIS (15e)

tous les deux jours, débutent par 5 mg. et sont progressivement portées jusqu'à 20 mg.

Les doses totales ont varié entre 70 et 235 mg. Les malades se répartissent en trois groupes.

I. Malades vus tout à fait au début, et n'ayant encore suivi aucun traitement. Seule l'hormonothérapie a été utilisée.

Disparition de la dysurie et de la pollakiurie; le résultat se maintient quatre mois après la cessation du traitement.

Le résidu vésical par contre, qui était tombé à 10 $cm^3$, est remonté à son taux initial, aux environs de 50 $cm^3$.

La prostate n'a subi aucune modification décelable au toucher, ni à l'urétro-cystoscopie.

II. Prostatique avérée, avec cystite. Le traitement local — cathétérismes, lavages — a été poursuivi, en même temps que le traitement local.

Amélioration marquée de l'état général, diminution de l'azotémie, meilleure élimination de la phénolsulfone-phtaléine.

Diminution nette de la dysurie et de la pollakiurie, mais dans les trois mois qui suivent le traitement, ces symptômes réapparaissent, moins intenses il est vrai.

Il n'y a aucune relation entre l'intensité de ces symptômes et la valeur du résidu. Ce dernier diminue en général, mais ne tarde pas à se stabiliser sans disparaître, et parfois même continue à augmenter. Et dès la cessation du traitement, il augmente d'une façon constante.

III. Malades en rétention complète chronique. Le traitement hormonal a provoqué la reprise des mictions spontanées, dans deux cas traités — après 8 jours et 18 jours de traitement. Dans un troisième cas, plus ancien (prostate de 145 g.) il y eut un échec total.

L'azotémie a toujours été améliorée. Si le traitement ne peut guérir une hypertrophie de la prostate confirmée, il peut néanmoins en arrêter l'évolution, à condition de le répéter; et il constitue en outre un adjuvant précieux pour l'exérèse chirurgicale.

J. Assali.

### NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

**Carl Müller.** ***Angine de poitrine et xanthomatose. Une maladie héréditaire*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen, Nordisk Medicin*, vol. **3**, n° 16, 22 Avril 1939, p. 1183. — Les affections héréditaires du cœur causées par la xanthomatose sont assez fréquentes. M. a vu 17 familles, comprenant 79 personnes, en 1 an 1/2. La xanthomatose peut donner lieu à des affections valvulaires, mais la lésion la plus fréquente consiste en des altérations coronariennes avec de l'angine de poitrine. Cette affection peut se manifester chez des jeunes gens, mais elle est plus fréquente chez des personnes d'âge moyen et chez des vieux. On a rapporté des cas de mort subite et d'infarctus du myocarde. Le taux en cholestérine du sang est augmenté. C'est là un symptôme cardinal, l'affection cutanée pouvant être minime ou manquer. L'hypertension artérielle ne semble pas fréquente dans cette maladie. La possibilité du diagnostic se pose surtout dans des cas où un autre facteur étiologique fait défaut. Le traitement consiste dans un régime pauvre en cholestérine, des injections d'insuline et la prise de thyroxine. Dans certaines familles ce traitement doit être poursuivi à titre prophylactique.

J. H. Vogt.

### BOLETIM CLINICO E DE ESTATISTICA DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA (Lisbonne)

**M. J. Xavier Morato** et **D. Bonhorst.** ***Diverticule sous-cardiaque de l'estomac*** (*Boletim Clinico e de Estatistica des Hospitais civis de Lisboa*, an. **2**, n° 5, Janvier 1938, p. 23-63). — Les diverticulites gastriques, assez rares, ont, pendant longtemps, été considérées comme des curiosités anatomiques. Le plus souvent découvert à l'autopsie, le diverticule gastrique qui provoque facilement des erreurs de diagnostic, est maintenant rapidement décelable grâce à la technique radiologique.

Après avoir passé en revue l'historique, la classification, l'étiologie, la symptomatologie, etc..., des diverticules de la grosse tubérosité, M. et B. nous en rapportent un cas typique, chez une jeune femme de 22 ans. Cette malade présentait des symptômes vagues, des douleurs sans localisation pécise, des sensations de brûlures épigastriques. Tous symptômes sans horaire fixe et sans rapport avec les repas. Un examen du chimisme gastrique n'a révélé qu'une légère hypersécrétion. Cependant l'examen radiologique a permis de faire le diagnostic précis. M. et B. pensent que si le diverticule n'est pas la cause unique du syndrome gastrique présenté par la malade, il entre pour une certaine part, dans la production de ces symptômes. L'exérèse est décidée, malgré les difficultés techniques posées par une intervention sur un diverticule si haut situé. L'opération, n'a pas permis de retrouver le diverticule. A propos de cette observation, M. et B. passent une revue rapide des problèmes pathogéniques posés par cette anomalie rare et curieuse.

Robert Coronel.

### ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

**J. Clausen** et **A. Ringsted.** ***Le traitement liquidien pré- et post-opératoire dans la sténose du pylore*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **22**, fasc. 4, 14 Avril 1939, p. 365-398). — Dans 6 cas de sténose du pylore, on a étudié systématiquement l'état général, la langue, le poids du corps, la diurèse, l'état fonctionnel du rein basé sur la détermination de l'élimination uréique, la concentration chlorée du sérum et de l'urine, avant, pendant et après l'administration de solutions salines.

Dans les cas d'obstruction pylorique, la déshydratation et le déficit en chlorures peuvent atteindre un taux sévère (jusqu'à 170 mg. pour les chlorures du sérum), sans qu'il soit possible de l'estimer par le seul examen clinique. Dans certains cas, mais non dans tous, la déshydratation et la chloropénie diminuent le fonctionnement rénal (jusqu'à 5 pour 100 de son chiffre normal dans un cas).

Souvent, pour obtenir une réhydratation complète, il est nécessaire d'injecter des quantités considérables d'eau et de chlorure de sodium (quelquefois plus de 10 litres de solution physiologique).

L'étude séparée de la diurèse ou des chlorures du sérum, ou de ceux de l'urine, ne fournit pas un témoignage sûr de l'état de la balance hydrique, pas plus que celle de la balance des chlorures. C'est la détermination simultanée de la concentration des chlorures dans le sérum et dans les urines de 24 heures qui indique le mieux le degré de réhydratation du corps.

Chez les malades, sérieusement sous-alimentés et déshydratés par la longue durée de la sténose pylorique, il faut en outre préciser le taux des protéines plasmatiques et aux malades hypoprotéinémiques, faire une ou plusieurs transfusions avant l'opération pour augmenter la concentration des protéines du sérum et rendre possible la réhydratation.

Le traitement pré-opératoire par les solutions salées doit être complété par l'administration de glucose. Après l'intervention, il faut injecter une solution isotonique de glucose pour compenser la perte liquidienne et une solution isotonique salée pour compléter la réhydratation du malade.

Robert Clément.

### ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

**Berlin** (de Palestine). ***Purpura solaire*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **20**, fasc. 1, Février 1939, p. 77-93). — B., se basant sur l'étude de 25 cas, décrit une nouvelle forme de purpura qui atteint les sujets des deux sexes, surtout entre 30 et 60 ans. Il s'agit de placards hémorragiques, de forme, grandeur et aspect variables, ponctiformes ou allongés, dont les bords irréguliers proéminent nettement au-dessus de la peau voisine. Les lésions atteignent uniquement les régions découvertes; le dos de la main est toujours le siège de lésions qui ne causent d'ailleurs aucun trouble et disparaissent au bout de 5 à 10 jours sans laisser de traces, pas même de pigmentation.

La pression de l'ongle du pouce sur la peau de la région lésée détermine au bout de 15 à 20 secondes, plus tôt encore sur la peau préalablement tendue, une raie purpurique ayant le caractère des taches cutanées. B. considère ce phénomène comme caractéristique de cette maladie.

La région purpurique est sèche, ridée et atrophique, ce qui paraît dû à des altérations d'origine solaire.

Histologiquement, on note un amincissement de l'épiderme, un aplatissement des corps papillaires, des altérations dégénératives du tissu chorio-conjonctif et l'apparition de plaques colloïdes homogènes, qui entourent fréquemment les capillaires sanguins.

B. ne pense pas que ce purpura soit dû à l'action *aiguë* des rayons solaires (les rayons ultraviolets ne le produisent pas); il résulterait plutôt d'une altération plus ou moins *chronique* causée par les rayons solaires.

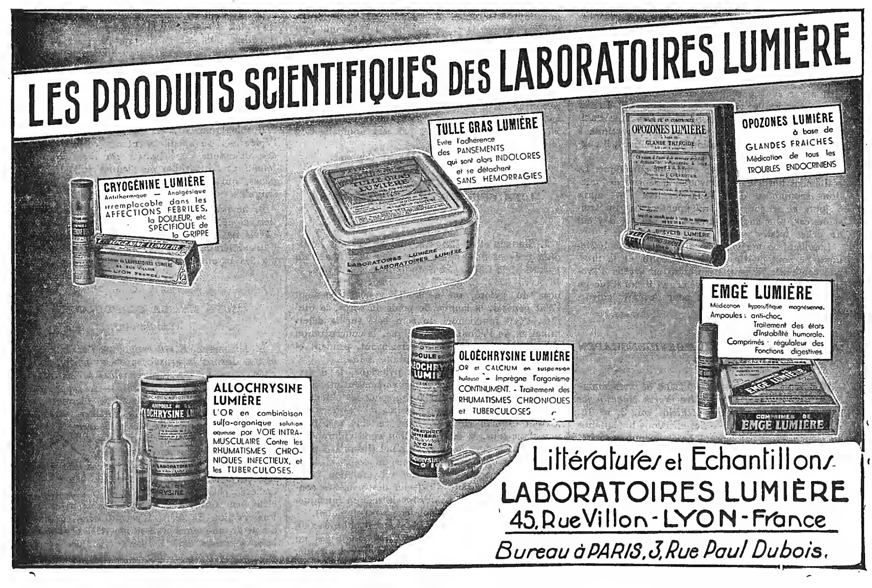
R. Burnier.

### ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

**L. Abramson.** ***Etats rappelant l'anémie pernicieuse durant la grossesse et les suites de couches*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **96**, n$^{os}$ 2-4, 3 Septembre 1938, p. 319-336). — A. rapporte 9 cas d'anémie rappelant la maladie de Biermer durant la grossesse ou les suites de couches. Chez 8 des patientes les symptômes les plus accusés s'observèrent après l'accouchement, ce qui plaide contre le rôle de l'intoxication gravidique.

Diverses particularités séparent ces états de l'anémie pernicieuse vraie. La formule hématologique d'abord : chez plusieurs des malades elle se rapprochait par plusieurs traits de l'anémie hypochrome. Puis l'action du fer qui permit dans certains cas d'obtenir une amélioration nouvelle chez des malades soumises déjà à l'hépatothérapie. Toutefois, dans certains cas, le foie fut seul à donner des résultats satisfaisants. Dans ces états la thérapeutique idéale consiste à injecter d'abord des préparations hépatiques de valeur élevée, puis à donner du fer. Une fois les valeurs hématologiques normales atteintes, on pourrait suspendre le traitement, tout en contrôlant la formule sanguine, une récidive étant peu à redouter avant une nouvelle grossesse. La transfusion est d'une valeur discutable. Le maintien de la guérison, malgré la cessation de l'hépatothérapie, distingue encore ces états de l'anémie pernicieuse.

L'étiologie de ces anémies graves n'est pas encore élucidée. Si l'on peut admettre qu'il existe un état de carence, d'origine endogène, sinon mixte, il ne semble pas que cette explication soit entièrement satisfaisante. En effet, les conditions pour une déficience d'origine externe sont bien nombreuses dans des régions de l'extrême nord, et pourtant ces états semblent rares. On peut se demander s'il n'existe



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FÉBRILES, la DOULEUR, etc. SPÉCIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne. Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés : régulateur des Fonctions digestives.
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
COMPRIMÉS DE EMGÉ LUMIÈRE
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

pas un autre facteur inconnu qui entraînerait à sa suite les phénomènes de carence. La fièvre élevée que présentaient certaines malades fait songer à une infection comme cause déterminante du déclenchement des accidents.

P.-L. Marie.

**H. Heckscher** (Copenhague). ***Névrose cardiaque et respiratoire*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **99**, nos 2-3, 16 Mars 1939, p. 162-203). — H. analyse les symptômes de 106 adultes atteints de névrose cardio-respiratoire et montre que l'on a affaire à des manifestations concurrentes et interdépendantes ayant leur origine dans divers systèmes, et surtout dans le système nerveux, le cœur, l'appareil respiratoire, le tube digestif et la musculature statique. Les constatations faites par H. ne confirment pas l'existence d'un facteur spécial psycho-sexuel avancée par Herz, mais elles montrent que des troubles psychiques de diverses sortes peuvent agir comme facteur provocateur. Le symptôme nerveux prédominant est l'anxiété.

Dans plusieurs cas les symptômes cardiaques, palpitations, extrasystoles, et parfois dyspnée d'effort, semblent avoir été la raison qui avait fait regarder et traiter antérieurement ces patients comme des cardiaques. Un examen complet et les résultats thérapeutiques ont prouvé que dans la plupart de ces cas il n'était nullement question d'affection organique du cœur. Il est donc injustifié de considérer la dyspnée d'effort comme un signe d'insuffisance circulatoire et c'est une erreur de faire un diagnostic d'affection organique du cœur dans des cas où il n'y a pas de signes précis d'insuffisance circulatoire ou de signes pathognomoniques de lésion organique du cœur.

Parmi les symptômes à point de départ respiratoire, les plus remarquables sont la sensation de ne pouvoir respirer à fond, la soif d'air paroxystique et la dyspnée d'effort avec respiration nerveuse (tachypnée avec inspirations intermittentes particulièrement profondes et expiration diminuée d'où résulte une sensation croissante de dyspnée qui peut être soulagée mais passagèrement par une exagération de l'inspiration). En outre, ces symptômes s'accompagnent constamment ou par intermittence d'emphysème pulmonaire. H. montre toute l'importance des anomalies de la statique à l'origine de ces troubles, souligne l'influence de la posture sur le fonctionnement des organes intrathoraciques chez ces malades et discute la signification de l'emphysème au regard du développement de ces symptômes; il pense que l'emphysème est la conséquence des anomalies posturales et respiratoires.

La constipation chronique et des troubles de dyspepsie intestinale s'observent chez plus de la moitié des patients; ils disparaissent souvent avec les autres phénomènes morbides après correction des anomalies posturales. Cette dyspepsie semble donc liée à ces dernières qui entraînent des modifications du niveau du diaphragme et de ses mouvements durant la respiration.

H. donne une description détaillée des anomalies de la statique de ces malades et souligne qu'elles doivent être considérées comme la cause des affections musculaires apparaissant chez les patients (myopathies par troubles de la fonction) et par suite comme un facteur contribuant à la production des douleurs thoraciques et dorsales dont se plaignent ces malades, ainsi qu'à la genèse de l'emphysème pulmonaire que l'on note souvent chez eux.

La thérapeutique doit viser à corriger ces attitudes vicieuses. H. a pu ainsi obtenir la guérison des troubles dans 77 pour 100 des cas.

P.-L. Marie.

**E. Ask-Upmark.** ***Ostéomalacie hépatique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **99**, nos 2-3, 16 Mars 1939, p. 204-227). — Après un exposé succinct de nos notions sur l'ostéomalacie, et spécialement sur son étiologie et sa pathogénie, A. relate l'observation d'un homme de 57 ans qui présentait une cirrhose grave du foie avec anémie terminale intense et signes radiologiques d'une raréfaction et d'une destruction progressive du tissu osseux, accompagnée de vives douleurs dorsales croissantes. L'autopsie confirma le diagnostic de cirrhose du foie et permit de déterminer la nature de l'affection osseuse restée assez obscure; il s'agissait d'une ostéomalacie. Comme l'alimentation était judicieusement composée et qu'il n'existait pas de rétention biliaire, A. admet que la cirrhose était la maladie primitive, responsable de l'ostéomalacie, par suite du trouble apporté à l'emmagasinement de la vitamine D par le foie.

A. examine les différents processus qui ont pu entraîner une déficience de la vitamine D: apport insuffisant, résorption défectueuse par l'intestin, emmagasinement déficitaire par le foie. Il attire l'attention sur une observation de Gerstenberger concernant un nourrisson qui présentait une cirrhose grave du foie associée à un rachitisme sévère et incurable, et décrite sous le nom de « rachitisme hépatique ». Il en rapproche aussi un fait de Decourt. Il pense que cet état peut être appelé ostéomalacie hépatique.

A. rappelle ensuite les relations phylogéniques existant entre les parathyroïdes, le squelette osseux et l'emmagasinement de la vitamine D par le foie (absence d'efficacité de l'huile du foie des sélaciens, poissons cartilagineux, contrastant avec la valeur antirachitique de l'huile du foie des téléostéens, poissons osseux).

En face de troubles généralisés du système osseux il sera donc bon de penser au rôle possible du foie.

P.-L. Marie.

## *ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES*

### *(Montevideo)*

**A. Stabile.** ***L'électrochirurgie dans le cancer vulvaire*** (*Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. **14**, n° 4, Avril 1939, p. 352-375). — L'électro-chirurgie, dans les cancers de la vulve, ne présente pas en soi une nouvelle méthode d'exérèse, mais plutôt un perfectionnement technique de la chirurgie ordinaire. L'ayant souvent pratiquée, S. nous en décrit les avantages, dont les principaux sont la réduction du temps opératoire; hémorragies capillaire et vasculaire diminuées par suite de l'électro-coagulation des vaisseaux; cette électro-coagulation qui, d'une part, est une garantie d'asepsie plus grande, permet l'intervention sur des cas jugés antérieurement comme inopérables.

Tous les inconvénients imputés à cette technique sont dus à une connaissance incomplète de celle-ci et des résultats que l'on peut obtenir par le bistouri électrique.

S. a depuis 8 ans employé dans 14 cas de néoplasme vulvaire cette méthode, et considère la vulvectomie totale électrochirurgicale comme la méthode thérapeutique d'élection de ces cancers.

Robert Coronel.

## *LIJECNICKI VJESNIK*

### *(Zagreb)*

**H. Gjankovic.** ***L'examen du sang après la résection de l'estomac et du duodénum et les anémies secondaires*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 2, Février 1939, p. 116-122). — G. souligne tout d'abord le fait qu'il est difficile de dire ce qu'est une anémie, puisque les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Il est évident que le pourcentage des anémies est beaucoup plus élevé chez ceux qui considèrent comme anémiques toutes les personnes qui ont des valeurs globulaires au-dessous de 4.500.000 de globules rouges dans un millimètre cube, que chez ceux qui poussent la limite jusqu'à 4.000.000 et même au-dessous. Si on veut comparer les résultats de l'examen du sang des malades avant et après une résection de l'estomac, il faut savoir que le plus souvent les malades viennent déjà avec une anémie, qui est la conséquence de leur maladie ou d'une autre lésion organique. Donc l'anémie après l'intervention sera la résultante non pas de la résection seulement, mais de la lésion primitive aussi. Enfin, les résultats de l'examen du sang, pratiqué quelques années après l'opération, dépendent aussi de la nourriture de l'opéré.

G. a pratiqué 169 examens du sang chez les opérés par résection pour ulcère de l'estomac ou du duodénum. Sur ce nombre l'examen a été fait 64 fois avant et après l'opération; les autres fois il n'a été pratiqué qu'une fois, avant ou après l'opération. Chez les malades ayant un ulcère gastrique, dans 25,17 pour 100 des cas il y a une anémie légère, même avant l'opération (si on prend pour limite 4.000.000 de globules rouges), et 51,94 pour 100 des cas si on pousse la limite jusqu'à 4.500.000. Après l'opération on trouve un certain nombre d'anémies, mais pas plus qu'avant la résection. Aussi est-il difficile de mettre l'anémie au compte de l'intervention chirurgicale. Enfin, G. souligne l'importance de l'examen du sang avant et après l'opération, car si on ne le fait pas, les erreurs sont inévitables. Ensuite il faut s'entendre sur les limites au-dessous desquelles on peut parler d'anémie.

Lazare Stanoyévitch.

**E. Neumann.** ***Sur l'épituberculose*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 2, Février 1939, p. 122). — N. rapporte 8 cas de spléno-pneumonie (Grancher) ou de pneumonie massive, ou de condensation pulmonaire chronique curable (Nobécourt) ou d'épituberculose, d'après la plupart des auteurs contemporains. L'épituberculose est caractérisée par une infection massive d'un lobe pulmonaire; elle est chronique et curable, probablement d'étiologie tuberculeuse. L'examen clinique du malade avec une épituberculose montre une infiltration massive avec tous ses signes classiques. L'examen radiologique renforce le diagnostic. L'état des petits malades — car ce sont les enfants — est relativement très satisfaisant: ils gagnent en poids, la température tombe et l'infiltration diminue peu à peu. S'appuyant sur les huit cas d'épituberculose qu'il a suivis, N. pense que l'infiltration épituberculeuse n'est pas spécifique, quoiqu'il paraisse certain qu'elle a une parenté avec la tuberculose. Le traitement, qui s'est montré satisfaisant, comportant des mesures diététiques (repos, toniques généraux, etc.).

Lazare Stanoyévitch.

**S. Novak.** ***Existe-t-il une néphrite hémorragique diffuse d'étiologie syphilitique?*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 2, Février 1939, p. 124-126). — Quoiqu'un bon nombre d'auteurs (Dieulafoy, M. Labbé, Nepveux, Gilbert-Dreyfus et Jung) ont décrit une néphrite hémorragique diffuse d'étiologie syphilitique, la question de savoir si la syphilis peut provoquer une néphrite hémorragique n'est pas définitivement résolue (Volhard). N. rapporte un cas chez lequel la néphrite s'est montrée en même temps qu'un exanthème psoriasiforme. Toutes les réactions sérologiques, renouvelées plusieurs fois, sont restées négatives. L'examen des urines montra tous les éléments d'une néphrite hémorragique. Le diagnostic a été posé d'après l'exanthème syphilitique psoriasiforme. Le succès du traitement spécifique prouva qu'une néphrite hémorragique diffuse d'étiologie spyhilitique était en cause.

Lazare Stanoyévitch.




**CYTO·SÉRUM_HEMO·CYTO·SÉRUM_CYTO·MANGANOL CORBIÈRE**

***MODE D'EMPLOI :*** *Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.*

**LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS**

# REVUE DES JOURNAUX

## LE BULLETIN MÉDICAL
### (Paris)

**Ed. Doumer. *Les formes cardiaques du béribéri. L'insuffisance cardiaque des alcooliques est-elle une forme de béribéri cardiaque?*** (*Le Bulletin médical*, t. **53**, n° 22, 3 Juin 1939, p. 425-429). — Il existe une sorte de balancement entre les manifestations nerveuses et circulatoires de la carence en facteur $B_1$. Les signes de polynévrite sont généralement discrets dans les formes cardiaques du béribéri. Les formes cardiaques pures sont relativement fréquentes.

Dans la forme commune du béribéri, l'examen radiologique montre une augmentation de volume du cœur et une dilatation des cavités droites. Ce symptôme est précoce et on peut trouver un gros cœur alors que les signes fonctionnels notamment la dyspnée sont discrets et les bruits du cœur peu modifiés. Le syndrome artériel est curieux, en contradiction avec la dilatation droite du cœur et caractérisé par l'hyperpulsatilité.

Il existe des signes de stase veineuse mais elle porte exclusivement sur la circulation périphérique et épargne la circulation pulmonaire.

On s'est demandé si l'insuffisance cardiaque et le gros cœur des alcooliques n'étaient pas une forme du béribéri cardiaque. Les faits donnés en faveur de cette hypothèse, ne sont pas à l'abri de critiques. Le syndrome de l'asystolie des alcooliques est très différent de celui du béribéri. Les preuves thérapeutiques du rôle joué par la vitamine B ne sont pas entièrement convaincantes, de sorte que l'avitaminose $B_1$ est discutable et ne paraît pas déterminer entièrement le syndrome observé chez les alcooliques. Le cœur des alcooliques est très probablement dans la majorité des cas un gros cœur de dilatation fonctionnelle, témoin d'un processus de myocardie. L'action d'autres carences, parmi celles que peut entraîner l'alcoolisme chronique n'est pas exclue, ni celle de perturbations humorales hydropigènes provenant de l'atteinte hépatique.

Robert Clément.

## PARIS MÉDICAL
### (Paris)

**G. Lavier, M. Bariéty et J. Caroli. *Distomatose hépatique et syndrome de Loeffler*** (*Paris-Médical*, t. **29**, n° 20, 20 Mai 1939. p. 434-439). — Une observation de distomatose hépatique, chez un homme de 38 ans, permet de préciser la phase d'invasion chez l'homme et de rattacher à l'hépatite parasitaire un accident respiratoire ayant tous les caractères de l'infiltrat labile hyperéosinophilique que l'on décrit sous le nom de syndrome de Loeffler.

Chez cet homme, l'atteinte du foie par le parasite s'est manifestée d'abord par une hépatite diffuse avec fièvre. L'altération profonde de l'état général, l'hépatomégalie douloureuse, l'urobilinurie, le caractère positif de la galactosurie provoquée, la très forte éosinophilie permettaient de conclure à une hépatite toxi-infectieuse. Ni les selles, ni le liquide duodénal ne contenaient à cette période d'œufs de parasites; ceux-ci ne sont apparus dans le tube digestif que plusieurs semaines après le début des signes infectieux et alors que les symptômes s'amélioraient.

Chez l'homme, l'infestation ne peut guère se réaliser que par la consommation de cresson sauvage. Celui-ci, recueilli dans les ruisseaux coulant au milieu des prés où pâturent les moutons, est infecté par l'eau souillée par les déjections des animaux. Les cressonnières doivent être protégées contre cet accident.

Au cours de l'évolution de l'hépatite parasitaire, on observa des manifestations pulmonaires ayant les caractères du syndrome de Loeffler : latence fonctionnelle et stéthacoustique, opacité radiologique étendue pouvant faire craindre une tuberculose ou une suppuration pulmonaires, mais elle s'était effacée complètement et définitivement en quelques jours. L'éosinophilie sanguine atteignant 49 pour 100 complétait le tableau. Les crachats, pauvres en éléments figurés, ne contenaient pas d'éosinophiles, de rares polynucléaires, quelques petites cellules mononucléaires, de rares cellules épithéliales, une flore microbienne peu abondante et polymorphe, surtout Gram positive et sans bacille de Koch.

Cet infiltrat labile hyperéosinophilique semble pouvoir être rattaché à la distomatose.

Robert Clément.

## LE PROGRÈS MÉDICAL
### (Paris)

**G. Maranon, Ch. Richet, A. Pergola et G. Lesueur. *Syndromes abdominaux au cours des infections hypophysaires*** (*Le Progrès médical*, t. **67**, n° 23, 10 Juin 1939, p. 813-815). — Chez un homme atteint d'un syndrome hypophysaire et diencéphalique consécutif à un traumatisme du crâne, caractérisé par un diabète insipide, des dyschromies, de l'insuffisance génitale, de l'amaigrissement progressif et de l'hyperthermie, existait en outre, du météorisme, de la constipation, une sensibilité douloureuse de l'abdomen et des crises de douleurs qui avaient fait successivement diagnostiquer ulcère gastrique, appendicite et occlusion intestinale. Le traitement hypophysaire améliorait le météorisme, la constipation et les douleurs.

Une acromégale de 54 ans, avec adiposité et diabète insipide, présenta un syndrome de parésie intestinale terminé par un véritable iléus paralytique.

Un acromégale de 27 ans, avec diabète insipide, impuissance sexuelle et fonte musculaire, avait en outre, des douleurs abdominales et des vomissements sans aucun rapport avec l'alimentation, qui ne se sont pas reproduits au cours du traitement hypophysaire.

Deux jeunes filles de 15 ans, ayant un syndrome d'infantilisme avec cachexie hypophysaire, se plaignaient de douleurs épigastriques, survenant par crises et accompagnées de vomissements qui furent améliorés par des extraits hypophysaires.

Au cours d'un syndrome hypophyso-diencéphalique, caractérisé par de l'amaigrissement, de l'atrophie musculaire, de l'insuffisance ovarienne, de l'atrophie mammaire, une dyschromie et de la fièvre prolongée, des crises douloureuses paroxystiques de la région sous-hépatique, furent améliorées par l'opothérapie.

Chez un garçon de 14 ans, avec syndrome de cachexie hypophysaire et de diabète insipide, la distension douloureuse du ventre, avec constipation et crises douloureuses, disparut à la suite du traitement post-hypophysaire.

Il semble exister dans l'insuffisance hypophysaire des syndromes abdominaux aigus de 2 types : parétiques et spastiques.

Robert Clément.

## LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON
### (Lyon)

**Ch. Gardère, M. Dauvergne et G. Bertrand. *Les encéphalites avec mort rapide chez l'enfant*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 464, 5 Mai 1939, p. 281-285). — G., D. et B. apportent 6 observations d'encéphalite survenue chez des nourrissons entre 6 mois et 19 mois et ayant évolué en vingt-quatre heures, trente-six heures, trente heures, deux et trois jours. 2 étaient en état de torpeur comateuse sans convulsions, 3 ont présenté des accidents convulsifs généralisés, le dernier avait un tremblement rappelant celui de la sclérose en plaques. Presque tous avaient de la dyspnée, de la cyanose et des irrégularités respiratoires et du pouls.

Une de ces encéphalites était survenue un mois après une coqueluche sévère et sans accidents nerveux : Autopsie négative. 2 présentaient des signes de bronchite, 1 des symptômes de broncho-pneumonie.

A propos de ces observations, quelques autres trouvées dans la littérature sont passées en revue.

L'encéphalite avec mort rapide, frappe surtout le nourrisson. Sur 43 observations, 17 concernent des enfants de moins d'un an, 9 entre 1 et 2 ans, 17 entre 2 et 12 ans.

La coqueluche est en cause 11 fois, la rougeole 12 fois. 2 cas d'encéphalite varicelleuse ont eu une évolution suraiguë. 2 sont survenues au cours de la vaccine. Chez 7 enfants étaient en cause la grippe ou la broncho-pneumonie.

Certaines formes paraissent primitives et leur cause est indéterminée.

Les recherches anatomo-pathologiques montrent les lésions diffuses habituelles de l'encéphalite avec atteinte des centres bulbaires, au niveau desquels on retrouve des lésions cytologiques malgré la rapidité de l'évolution.

Robert Clément.

**J. Dechaume, P. Wertheimer et L. Mansuy. *Métastases encéphaliques et tumeurs cérébrales*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **20**, n° 464, 5 Mai 1939, p. 287-301). — Les métastases au niveau du cerveau des néoplasmes viscéraux ne sont pas exceptionnels : 7 exemples anatomo-cliniques en sont apportés ici.

Lorsque le cancer viscéral est connu et les métastases multiples et disséminées dans les différents viscères et parmi eux, dans l'encéphale, il n'y a pas lieu d'intervenir, même de façon palliative. Cependant, lorsqu'il s'agit de néoplasmes viscéraux à évolution relativement lente et que la métastase est uniquement encéphalique, on peut être amené à pratiquer une trépanation décompressive pour diminuer les souffrances du malade.

Parfois, la métastase encéphalique est la première manifestation d'un cancer viscéral latent, elle peut alors simuler une tumeur cérébrale primitive, soit à type de méningiome, soit donner le tableau

# THIONAÏODINE

INJECTABLE A & B

*la maladie rhumatismale chronique*
*et ses syndromes douloureux*

## COMPRIMÉS

*carences soufrées*
*rhumatismes chroniques*






ACTION CURATIVE
SANS RÉACTIONS

# NAÏODINE

NORMALE A & B

*toutes algies — névraxites et séquelles*

## SURACTIVEE

NAIODINE + VITAMINE $B_1$

*névrites et polynévrites infectieuses et toxiques*

A *intramusculaire :* deux milligr. Vitamine $B_1$ par amp. 10 cc.
Cas de gravité moyenne.

B *intraveineuse :* un cent. Vitamine $B_1$ par amp. 10 cc.
Cas graves.

LABORATOIRES JACQUES **LOGEAIS** ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

du blocage de la fosse cérébrale postérieure par arachnoïdite. Dans ces cas, l'intervention peut être décidée.

Chez un homme de 42 ans, ayant subi un accident d'automobile et étant resté sans connaissance, on constata une grosse ecchymose de la face, puis de la diplopie et un état confusionnel.

Le tableau clinique fut mis au compte de séquelle de traumatisme cranien. L'intervention montra un kyste cérébral au niveau du foyer de confusion, mais l'évolution ultérieure et les constatations nécropsiques révélèrent l'existence d'une métastase cérébrale d'un cancer du rein, jusque-là méconnu.

Robert Clément.

**M. Piery, J. Enselme** et **C. Peschiera.** ***L'adaptation clinique de l'homme à la dépression atmosphérique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. 20, n° 468, 5 Juillet 1939, p. 409-419). — Dans l'adaptation de l'homme à la dépression atmosphérique, il faut distinguer plusieurs étapes. L'adaptation immédiate se traduit par le mal des montagnes chez les ascensionnistes, au cours des vols à haute altitude, encore que le mal de l'avion présente des différences notables avec le mal des montagnes proprement dit. Lorsque le séjour en atmosphère de basse pression se prolonge, il se fait une adaptation lente qui dure plusieurs années et enfin, l'adaptation parfaite aboutit à l'acclimatement chez les sujets vivant constamment à haute altitude.

L'adaptation biochimique suit les mêmes étapes. La tension partielle de l'oxygène étant abaissée dans l'air extérieur, il y a rapidement diminution de tension ou de saturation du sang artériel. Cette anoxémie va priver les tissus d'une partie d'oxygène dont ils ont normalement besoin. Si un exercice musculaire se surajoute, la dépense en oxygène est augmentée, les phénomènes anoxémiques de réaction sont accrus : polypnée, tachycardie, nausées, vomissements, anorexie, céphalée, asthénie, etc., etc...

L'homme en train de s'adapter gardera pendant plusieurs années le type chimique initial, il se fait ensuite une néoformation globulaire aboutissant à une polyglobulie de 8 millions avec activation du métabolisme de l'hémoglobine. Chez l'homme acclimaté, l'érythrémie est moins élevée, le métabolisme de base redevient normal, les échanges sont réguliers. La correction s'est réalisée par augmentation de la surface pulmonaire et par adaptation tissulaire qui permet l'utilisation normale d'un oxygène apporté sous tension réduite.

La première phase d'adaptation qui est de quelques jours, est surtout neuro-végétative, la seconde, qui dure des années, est surtout obtenue par une suractivité des centres hématopoïétiques, enfin l'adaptation parfaite est due à une modification des éléments cellulaires actifs ; elle est tissulaire et chimique.

Robert Clément.

### ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES
### (Paris)

**Pierre Angenot** et **Robert Charlier** (Liège). ***Nouvelles recherches sur la toxicité du benzol*** (*Archives des Maladies professionnelles*, t. 2, n° 3. Mai-Juin 1939, p. 348-384). — Après avoir rappelé les travaux de Dautrebande sur l'action physiologique, pharmacodynamique et toxique du benzol, A. et C. relatent les nouvelles expériences qu'ils ont entreprises dans ce domaine. Le point de départ de leur travail a été de rechercher si le benzol commercial cristallisable utilisé par Dautrebande dans ses expériences pouvait être considéré comme étant du benzol pur. Grâce au procédé de distillation fractionnée, ils ont pu préciser que ce benzol commercial était loin d'être pur.

Dans la première partie de leur étude, A. et C. font une critique des diverses méthodes de dosage du benzol jusqu'ici utilisées; la plupart pèchent par manque de spécificité, les impuretés telles que toluène et xylène se prêtant aux mêmes procédés analytiques. Ils préconisent l'emploi d'une méthode clinique basée sur la transformation à froid du benzol en métadinitrobenzène par un mélange sulfonitrique, suivie de la pesée du dérivé nitré ainsi formé. Cette méthode est applicable pour des doses de 100 à 2.000 mg. de benzol par litre de solution. Pour des concentrations plus faibles du toxique en solution il est préférable d'utiliser une méthode spectrographique. Ils conseillent un spectrographe Hilger, modèle E 2 et des plaques Ilford Auto-Filter. L'analyse est faite par comparaison des spectres examinés sur des tirages et au comparateur binoculaire Zeiss. L'erreur est d'environ 5 pour 100 si l'on emploie 50 $cm^3$ de solution. L'enregistrement microphotométrique permet une plus grande précision encore pour l'interpolation des intensités observées. La teneur de la prise en benzol doit rester faible, de l'ordre de 0,1 à 4 mg., sous peine de voir le spectre devenir trop intense et trop compliqué.

Il résulte des recherches expérimentales rapportées par A. et C. que, toutes les conditions d'expérimentation étant rigoureusement identiques, le benzol commercialement pur possède un pouvoir toxique supérieur à celui du benzol chimiquement pur, tant sur la motilité spontanée des organes isolés que sur le système vaso-moteur périphérique chez le chien. Cette toxicité supérieure du benzol commercialement pur n'est pas due à la présence de thiophène dans le produit brut; le thiophène ne possède ni action toxique propre, ni action toxique synergétique avec le benzol pur. Cette toxicité doit être attribuée à des composés autres que le thiophène, qui accompagnent le benzol pur dans le produit brut du commerce. La preuve en est fournie par l'expérimentation, sur organes isolés et sur animal *in toto*, des diverses fractions de la distillation du benzol commercialement pur, qui contiennent ces différents composés: elle montre, à l'évidence, leur toxicité considérable, toxicité qui est, pour l'une des fractions de cette distillation, celle qui distille entre les températures de 80°4 et 81°,2 supérieure à celle du benzol pur lui-même.

André Feil.

### ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
### (Paris)

**P. Pruvost, Grenet** et **Delore.** ***A propos de deux aspects radiologiques de pneumo-kystes hydatiques du poumon*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. 13, n° 5, 1938. p. 399-411). — Les signes radiologiques du kyste hydatique du poumon ont été discutés les uns après les autres.

Chez une femme de 52 ans, on constatait à la base droite une masse tumorale ovalaire pour laquelle on avait émis l'hypothèse d'une gomme syphilitique. Ce n'est qu'après des ponctions exploratrices et un pneumothorax d'épreuve que la transformation de l'image radiologique fit penser avec plus de précisions au diagnostic de kyste hydatique. L'apparition de la clarté en croissant, coiffant la partie supérieure de l'opacité arrondie, l'aplatissement de celle-ci, ses modifications au cours des changements de position, son ballottement si spécial à l'occasion des secousses, ont permis ce diagnostic. Il s'agit d'un signe transitoire réalisé après ponctions exploratrices et pneumothorax d'épreuve. La tension kystique diminuant, l'air s'insinuerait dans l'espace périvésiculaire et provoquerait un décollement partiel.

Le signe de la membrane affaissée, flottante et plissée, observé chez une fillette de 8 ans se rapproche davantage de l'image hydro-aérique habituelle.

L'examen radiologique avait montré chez cette malade une opacité de forme ovalaire, régulière et arrondie dans sa partie supérieure, paraissant bilobée dans sa partie inférieure et se confondant en dedans avec l'ombre hépatique.

En voulant tenter un pneumothorax d'épreuve, l'aiguille introduite dans la région axillaire fit couler 15 à 20 $cm^3$ de liquide hydatique eau de roche, puis il y eut un sifflement témoignant d'une aspiration de l'air extérieur. Les jours suivants, la radiologie montrait un pneumothorax. La tuméfaction opaque s'était transformée; elle donnait l'impression d'une grande cavité hydro-aérique, mais le niveau était irrégulier, présentant des saillies angulaires ou arrondies peu accentuées et, par endroits, l'impression de petites images annulaires en suspension au-dessus de l'image liquidienne. Ces irrégularités à la surface du liquide correspondent à la présence de membranes flottantes.

Robert Clément.

### JOURNAL DE TRAUMATOLOGIE ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES
### (Liége)

**L. Bazy** (Paris). ***La prévention du tétanos.*** Rapport aux Journées internationales de Traumatologie et des Maladies professionnelles (*Journal de Traumatologie et des Maladies professionnelles*. Numéro spécial, fasc. 1, 25, 26, 27 Juillet 1939, p. 10-65). — La prévention du tétanos est toujours apparue aux médecins praticiens hérissée de difficultés. L'apparition de la vaccination antitétanique a rendu si logique la prévention du tétanos qu'il est possible à l'heure actuelle de la formuler très simplement.

La meilleure manière d'arriver à supprimer le risque de tétanos est de répandre la vaccination antitétanique qui est parfaitement inoffensive. Il serait désirable de répandre la vaccination antitétanique au même titre que les vaccinations antidiphtérique ou antityphoïdique auxquelles on peut d'ailleurs l'associer.

Chez un blessé vacciné, il suffira de procéder à une injection de rappel, dont la répétition ne peut avoir qu'une heureuse influence sur le pouvoir de résistance de l'organisme.

Chez un blessé non vacciné, il faut, le plus tôt possible, pratiquer une injection de 1 $cm^3$ de vaccin. Plus tard, dans un délai d'un quart d'heure à 48 heures, pratiquer une injection de sérum antitétanique (3.000 unités au minimum) en un point différent de l'organisme. Le sujet est ainsi garanti contre les risques immédiats de tétanos, et deux autres injections vaccinales à 3 semaines d'intervalle lui conféreront une immunité durable pour au moins 2 ans. L'immunité par le vaccin sera entretenue par une injection de rappel dans un délai de 1 à 2 ans.

L'observation de ces simples règles fera disparaître les cas de tétanos et les accidents de la sérothérapie.

Pierre Abouker.

### BRITISH MEDICAL JOURNAL
### (Londres)

**Robert U. Gillan.** ***La signification pronostique des troubles oculaires dans les cas de pression systolique élevée*** (*British medical Journal*, n° 4081, 25 Mars 1939, p. 609-611). — Dans les cas de pression systolique élevée, l'examen des artères rétiniennes donne une indication sur laquelle on peut compter pour juger de l'état des artères cérébrales. L'examen du fond d'œil permet de prévoir les cas qui seront le plus enclin à avoir des accidents cérébraux. Il existe un rapport certain entre la pression et l'aspect des artères rétiniennes qui peuvent apparaître tortueuses, irrégulières, de calibre réduit, avec une diminution de la circulation. Ce der-


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ

C.O.F. 2

nier symptôme se voit surtout chez les sujets ayant plus de 20 comme tension. La présence d'exsudats sur la rétine, d'hémorragies rétiniennes sont d'un pronostic fâcheux.

En somme, s'il est vrai qu'un homme a l'âge de ses artères, le meilleur moyen de le connaître c'est de regarder celles qui sont accessibles à la vision directe, c'est-à-dire les artères rétiniennes.

André Plichet.

**Thomas Anderson. *Le traitement de la rougeole par la sulfanilamide*** (*British medical Journal*, n° 4083, 8 Avril 1939, p. 716-718). — Il résulte de cette étude comparative de 125 cas de rougeole traités, moitié par la sulfanilamide, moitié par le traitement usuel, que la durée de la maladie n'est pas abrégée par le traitement nouveau. Par contre, il semble bien que les complications aient été moins fréquentes dans les cas traités par la sulfanilamide. D'autre part, ce médicament abrège la durée de certaines complications, en particulier l'otite moyenne et la bronchopneumonie.

La quantité de sulfanilamide donnée varie avec l'âge. A l'âge de 5 ans, on donna 0,25 toutes les 4 heures, pendant 10 jours, et trois fois 0,25 jusqu'à la guérison. Au-dessus de 5 ans, la dose fut élevée à 0,50 par prise. On n'observa aucun accident dû à ce médicament.

André Plichet.

**J. C. Hogarth. *La para-benzylaminobenzène-sulphonamide (proseptazine) dans la prévention des complications de la rougeole*** (*British medical Journal*, n° 4083, 8 Avril 1939, p. 718-721). — Sur 329 cas de rougeole, 158 furent traités d'emblée par la proseptazine, les autres furent soumis au traitement habituel.

Le nombre des complications fut moindre dans la première que dans la seconde série. Notamment on observa moins d'otites. Ceci peut s'expliquer par le fait que la proseptazine, diminuant les cas d'otorrhée, supprime ainsi un certain nombre de « réservoirs de streptocoques » dans les salles des malades. Les cas de bronchopneumonie furent deux fois moins nombreux chez les malades traités par la proseptazine. Par contre, ce médicament n'influence pas l'entérite des rougeoleux.

Le traitement institué fut le suivant: pour les enfants au-dessous d'un an, 0 *cg.* 50 trois fois par jour pendant 5 jours, puis 0 *cg.* 50 deux fois par jour pendant les 5 jours suivants; pour ceux de 1 à 5 ans, 1 *g.* trois fois par jour pendant 5 jours, puis 0 *cg.* 50 trois fois par jour pendant les 5 jours suivants; pour les enfants au-dessus de 5 ans, 4 *g.* par jour pendant 5 jours et 2 *g.* par jour les 5 jours suivants. Le traitement fut toujours bien toléré.

André Plichet.

### *THE LANCET (Londres)*

**O'Shaughnessy, D. Slome et F. Watson. *La revascularisation chirurgicale du cœur*** (*The Lancet*, n° 6029, 18 Mars 1939, p. 617-621). — Dans cet article sont exposées les bases expérimentales de la revascularisation du cœur en cas d'infarctus du myocarde.

Reprenant une expérience de Leriche et Fontaine sur l'animal, Beck et ses collaborateurs, en 1936, ont anastomosé le pectoral au péricarde; Lezius, en 1937, a anastomosé directement le poumon au péricarde; O'Shaughnessy, depuis 1936, anastomose l'épiploon au péricarde à travers le diaphragme. Pour multiplier les adhérences entre ces deux organes, il applique, au lieu d'iode ou d'une solution de flavine, une pâte à l'aleurone.

Les études microscopiques des cas expérimentaux ont permis de voir qu'une connexion intime se développait entre les vaisseaux du myocarde et les vaisseaux extra-cardiaques, surtout quand on se sert de pâte d'aleurone et quand les adhérences se sont développées entre le cœur et le péricarde. Il en est d'ailleurs de même dans l'opération de Lezius, la cardio-pneumopexie.

André Plichet.

**F.-M. Burnet et Dora Lush. *L'herpès simplex*** (*The Lancet*, n° 6029, 18 Mars 1939, p. 629-631). — L'étude des anticorps du virus herpétique contenu dans le sérum humain a permis à M. et L. de rapprocher l'herpès simplex des autres maladies à virus. Il semble que l'herpès primitif soit une maladie infectieuse répandue par contamination salivaire. La lésion initiale serait une stomatite vésiculaire ou aphteuse avec fièvre et souvent avec association d'infection secondaire. Cette contamination se fait vers l'âge de 1 à 3 ans. L'infection peut rester latente toute la vie. Elle se cantonne probablement au niveau du ganglion de Gasser ou dans les cellules épithéliales de la muqueuse de la cavité buccale (Levaditi). Le virus herpétique ne se retrouve pas dans le ganglion de Gasser des sujets ayant dans leur sang des doses importantes d'anticorps herpétique. Cet anticorps se rencontre beaucoup plus dans le sang des malades de l'hôpital que dans celui des malades de ville ou des sujets bien portants. Il n'y a aucune relation entre la susceptibilité à la poliomyélite et l'absence d'anticorps herpétique.

André Plichet.

**Torben Jersild. *Hémoptysie et infiltration du poumon causées par l'avitaminose*** (*The Lancet*, n° 6029, 18 Mars 1939, p. 632-633). — C'est l'observation d'une femme atteinte d'hémoptysie sans température avec, radioscopiquement, des ombres hilaires accentuées, puis avec une ombre massive dans le lobe moyen droit. Toutes les recherches propres à mettre en évidence le bacille de Koch furent négatives. Mais on découvrit quelques pétéchies sur le sternum et des ecchymoses sur les bras et les jambes. Les temps de saignement et de coagulation étaient normaux, mais le test de résistance des capillaires était fortement diminué. On institua un traitement par l'acide ascorbique à la dose de 300 *mg.* par jour en injection intraveineuse, qui n'amena aucune amélioration. On passa ensuite à des injections de vitamine P ou citrine, qui donna une amélioration du signe du lacet, une disparition des pétéchies, en même temps que disparaissaient les hémoptysies et l'infiltration pulmonaire.

André Plichet.

**G.-E. Beaumont et J.-D. Robertson. *Syndrome angineux dû à l'hypothyroïdisme*** (*The Lancet*, n° 6030, 25 Mars 1939, p. 682-685). — En général on n'admet guère que l'angine de poitrine, y compris l'angine d'effort, puisse être causée par l'hypothyroïdisme et guérie par l'administration d'extrait thyroïdien. B. et R. rapportent l'observation d'un homme de 44 ans, atteint d'angine de poitrine, contrôlée par l'électrocardiogramme qui, sans avoir des signes cliniques de myxœdème, avait un métabolisme basal de — 33. Un traitement thyroïdien institué fit disparaître non seulement les symptômes cliniques mais encore les anomalies de son électrocardiogramme. Une dose insuffisante d'extrait thyroïdien avait pour effet de déclencher à nouveau les crises douloureuses.

Au sujet de cette observation B. et R. font remarquer qu'il existe deux types d'angine de poitrine dans le myxœdème. Le premier type, que l'on observe à la suite du traitement thyroïdien, serait dû à l'élévation du métabolisme basal, à l'accélération de la vitesse sanguine qui augmente le travail du cœur touché par les modifications myxœdémateuses. Le second type, plus rare, survient avant tout traitement thyroïdien et serait dû soit à l'infiltration myxœdémateuse des cellules nerveuses du myocarde, soit à l'anémie, soit à l'hypotonicité du myocarde.

Ce sont des données dont il faudra tenir compte avant d'envisager, dans un cas d'angine de poitrine, la thyroïdectonie.

André Plichet.

**W.-R. Thomson. *Le potassium et l'onde T. de l'électrocardiogramme*** (*The Lancet*, n° 6032, 8 Avril 1939, p. 808-811). — T. rapporte un cas de maladie d'Addison chez lequel la chute du potassium du sang était accompagnée d'une diminution de hauteur de l'onde T. de l'électrocardiogramme.

Dans cinq autres cas, l'augmentation du potassium du sang était accompagnée d'une augmentation d'amplitude de l'onde T. suivie, chez quelques-uns d'entre eux, d'une diminution d'amplitude quand le niveau du potassium s'abaissait.

Il existerait donc une corrélation entre la concentration du sang en potassium et l'amplitude de l'onde T. On sait, d'autre part, que le potassium est diminué chez les sujets atteints de coronarite ou de défaillance cardiaque.

André Plichet.

**George Hall, C.-E. Kellett et G.-E. Stephenson. *Un cas de syndrome de Cushing sans tumeur endocrine.*** (*The Lancet*, n° 6033, 15 Avril 1939, p. 862-865). — C'est l'observation d'un homme qui, à partir de 21 ans, augmenta progressivement de poids et chez lequel se développa une adiposité douloureuse portant surtout sur l'abdomen et la région fessière, des vergetures pourprées sur le ventre et les cuisses. L'examen révéla une légère hypertension artérielle, quelques modifications légères du fond d'œil, une décalcification des os longs, une diminution des apophyses clinoïdes postérieures qui fit supposer une lésion de l'hypophyse. Un traitement radiothérapique fut institué. Mais le malade mourut rapidement d'un anthrax de la région fessière.

A l'autopsie, macroscopiquement, on ne trouva que peu de lésions: le diaphragme supra-sellaire était épaissi et adhérent à la partie supérieure de la glande. La selle turcique était légèrement érodée. Le lobe antérieur de l'hypophyse était très légèrement hypertrophié. A la coupe, on trouva un petit kyste ovale dans la *pars intermedia* et, dans le lobe antérieur, une zone plus foncée que le tissu environnant.

Histologiquement, on ne découvrit en particulier aucune hyperplasie, aucun adénome cortical de la surrénale. Dans le lobe antérieur de l'hypophyse existait une vascularisation intense avec une petite collection de cellules basophiles, mais qui ne constituait pas un adénome basophile. Cependant, il y avait une transformation hyaline de certaines cellules, transformation qui est considérée par Crooke comme le témoin d'une hyperactivité sécrétoire de la glande.

André Plichet.

**H. Stanley Banks. *Péritonite primitive, au cours d'une scarlatine, guérie par le Dagénan soluble*** (*The Lancet*, n° 6035, 25 Avril 1939, p. 983-985). — Les péritonites primitives à streptocoque hémolytique, au cours de la scarlatine, sont rares, puisque jusqu'en 1936 on n'en relève que 25 cas dans la littérature médicale anglaise. La mortalité en est de 70 pour 100.

B. cite l'observation d'un enfant de 8 ans qui, au 22[e] jour d'une scarlatine très grave, fit une péritonite généralisée. Cette complication avait été précédée de cellulite intra-orbitaire, d'adénite cervicale et de néphrite. Dès le début de la scarlatine, on avait essayé un traitement par la sulfanilamide qu'on avait été obligé d'abandonner en raison de la cyanose et d'un léger degré de confusion mentale.

Dès l'apparition des signes abdominaux, en l'absence de foyer abdominal, on écarta la nécessité

d'une intervention et on essaya de faire des injections intramusculaires de Dagénan en solution huileuse à 20 pour 100. Puis on passa au Dagénan sodique soluble (une injection toutes les 4 heures de 1,5 $cm^3$). La température baissa aussitôt; au bout de trois jours on remplaça les injections par le Dagénan solide; l'enfant guérit non sans avoir subi plusieurs paracentèses et une ponction pleurale qui montrèrent un liquide verdâtre mais stérile.

André Plichet.

### LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

**(Buenos-Aires)**

**F.-M. Bustos** et **A. Marquez.** ***A propos du classique « choc de la pointe » du cœur*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. 24, n° 23, 7 Juin 1939, p. 1089-1092). — La conception clinique de ce qu'on appelle le « choc de la pointe » est très vague, et les traités anatomo-cliniques ne sont point d'accord sur sa topographie. B. et M., au cours d'investigations systématiques, démontrent que la pointe du cœur se trouve en réalité en bas et en dehors de l'endroit où l'on perçoit le choc apexien. Les sujets, sur lesquels ces recherches ont porté, avaient un âge compris entre 10 et 60 ans. Le mamelon et la région du choc étant délimités à l'aide de cercles métalliques (maintenus par un leucoplaste), les sujets furent examinés radioscopiquement et radiographiquement. L'ampoule étant centrée sur la ligne mamelonnaire, au niveau du choc apexien, B. et M. prirent des téléradiographies. D'autres incidences (décubitus latéral, dorsal; position horizontale, etc.) sont venues compléter l'incidence normale.

B. et M. concluent ainsi : 1° Le choc de la pointe n'est pas produit par la pointe du cœur; 2° la pointe anatomique est au-dessous et en dehors de la région du choc cliniquement perçu; 3° ce choc, palpable ou visible, correspond en réalité au ventricule gauche (B. et M. proposent de changer la dénomination de choc apexien en celle de choc ventriculaire; 4° la distance qui sépare la région du choc à la pointe est en général de 5 *cm.*, jamais moins de 3 *cm.*

Robert Coronel.

**C.-P. Waldorp, J. Reforzo, Membrives** et **S.-E. Luchetti.** ***Implantation d'hypophyse de bœuf sur l'être humain*** (*Résultats personnels*). [*Prensa Medica Argentina*, an. 26, n° 25, 21 Juin 1939, p. 1179-1194). — Devant les résultats parfois aléatoires enregistrés par l'opothérapie hypophysaire, et en raison des succès obtenus sur l'animal de laboratoire, W., R., M. et L. ont appliqué à l'homme la greffe d'hypophyse de bœuf. La technique de greffe est simple : Il convient de la pratiquer le plus tôt possible après avoir sacrifié l'animal, les cellules hypophysaires dégénérant assez rapidement. L'hypophyse est extraite par craniotomie, après que la tête, séparée du corps, a été plongée dans une solution formolée à 20 pour 100. L'hypophyse, une fois extraite de la calotte, est conservée dans une solution physiologique stérile. Au moment de la greffe, on la sectionne en lamelles qui sont insérées entre les fibres musculaires du patient (abdomen ou quadriceps). On referme sans mettre de drain.

Il est extrêmement rare d'observer une suppuration avec cette technique.

W., R., M. et L. ont pratiqué avec succès cette greffe dans 4 cas de syndrome de Frœlich (sans tumeur hypophysaire), dans 2 cas d'infantilisme hypophysaire, dans 1 cas de nanisme hypophysaire, dans 1 cas de syndrome de Simmonds et, enfin, dans 5 cas d'insuffisance génitale avec hypo- ou aménorrhée.

Robert Coronel.

### LA SEMANA MEDICA

**(Buenos-Aires)**

**M. Acuna** et **J. G. Oliver.** ***Traitement de la bronchopneumonie infantile par la transfusion sanguine*** (*La Semana Medica*, an. 46, n° 17, 27 Avril 1939, p. 917-932). — Devant la mortalité élevée, causée par la bronchopneumonie chez les nourrissons et devant l'échec des diverses thérapeutiques, A. et O. ont employé la transfusion sanguine d'une façon systématique depuis trois ans.

La transfusion doit être pratiquée lentement (3 à 5 $cm^3$ de sang par minute). La quantité de sang à injecter est calculée à raison de 10 à 20 $cm^3$ par *kg*. Le nombre des transfusions est variable, car il vaut mieux injecter souvent et à petite dose. A. et O. nous présentent ensuite leur statistique qui porte sur 50 cas (30 nourrissons de 0 à 12 mois, 11 cas de 12 à 24 mois), 2 cas au-dessus de 2 ans). La mortalité fut de 10 pour 100, ce qui est supérieur aux taux habituels, surtout avec des étiologies si diverses (coqueluche, rougeoles, grippes, érysipèle et 1 cas de maladie de Heine-Medin).

Robert Coronel.

**F. Alustiza.** ***Emphysème traumatique de la glotte, mort par asphyxie*** (*La Semana Medica*, an. 46, n° 17, 27 Avril 1939, p. 956-960). — Le 3 Septembre 1934, H. B..., 26 ans, reçoit un coup de tête dans le visage. Le nez et la région malaire gauche sont atteints. Le lendemain à 10 heures, le malade, qui avait eu un peu d'épistaxis gauche, est vu et semble en bon état, pouls à 80, pas de dyspnée ni cyanose. Une heure après il est brusquement pris de crises d'étouffement, tirage, cornage, cyanose et crises convulsives. On pratique d'urgence une trachéotomie haute. Mais le malade meurt peu après.

L'autopsie a montré un œdème des cordes vocales obstruant totalement la glotte. La muqueuse laryngotrachéale est emphysémateuse et en réduit considérablement la lumière. Poumon noir, contenant du sang en quantité. Le maxillaire supérieur est fracturé. La muqueuse nasale est détruite, présence d'un hématome sous-muqueux. Le pharynx est œdématié et emphysémateux.

A. termine en indiquant quelques moyens thérapeutiques d'urgence (tubage, trachéotomie...).

Robert Coronel.

### BRUXELLES MÉDICAL

**M. Brouha** (Liége). ***La fonction de l'utérus a-t-elle de l'importance pour le maintien des fonctions hormonales de l'ovaire ?*** (*Bruxelles Médical*, t. 19, n° 31, 4 Juin 1939, p. 961-964). — Cette étude clinique est basée sur une longue expérience gynécologique.

La castration ovarienne aboutit à l'atrophie utérine; on ne peut pas dire que l'hystérectomie aboutit à l'atrophie des glandes sexuelles.

Au cours des interventions sur l'utérus, la question se pose de savoir si l'on doit laisser en place les ovaires. Ceux-ci deviennent parfois le point de départ de complications sérieuses. Dégénérescence kystique, parfois maligne, manifestations douloureuses plus ou moins périodiques.

En comparant les résultats d'une cinquantaine d'hystérectomies subtotales, interannexielles, à celui d'hystérectomies totales avec double castration, on arrive à la conviction que, pas plus que son absence congénitale, l'enlèvement de l'utérus ne frappe de déchéance les ovaires. La conservation de ces derniers, aisée au point de vue technique, donne le moyen de prévenir les troubles de la castration totale.

L'importance de la conservation ovarienne ne doit pas cependant pousser le gynécologue à l'hystérectomie. Une femme réglée est mieux qu'une hystérectomisée ayant conservé ses ovaires. Cependant, B. serait tenté de voir dans cette supériorité un phénomène surtout psychique. On observe des femmes aménorrhéiques dont l'état général est parfait.

Aux partisans des greffes d'ovaires, on peut objecter qu'il paraît assez vain d'enlever l'ovaire pour le transplanter ailleurs alors qu'on peut le laisser en place. Pour que l'hystérectomie n'altère l'irrigation de l'ovaire et que celui-ci continue à fonctionner normalement, B. emploie une technique qui consiste à sectionner les annexes au ras de la corne utérine et, après fermeture du col, à fixer les moignons annexiels aux extrémités latérales du moignon cervical, c'est ce qu'il appelle la « subtotale interannexielle », conservant non seulement les deux ovaires, mais aussi les trompes et une partie importante des ligaments larges.

Robert Clément.

### O HOSPITAL

**(Rio de Janeiro)**

**R. Garzon.** ***Les mycoses. Quelques observations personnelles sur les actinomycoses*** (*O Hospital*, vol. 15, n° 6, Juin 1939, p. 1059-1070). — Les affections provoquées par les saprophytes, qui selon certaines circonstances se multiplient dans les tissus humains, sont assez fréquentes et importantes en clinique, pour qu'en dehors du spécialiste le praticien de médecine générale et même le chirurgien aient leur attention attirée par les mycoses. Après en avoir tracé l'étio-pathogénie et cité en détail diverses formes de mycoses, G. nous relate 8 cas d'actinomycose, personnellement observés dans son service et en clientèle. Sur ces 8 cas, 6 sont des mycétomes actinomycosiques du pied (pied de Madura), les 2 autres étant des actinomycoses cervico-faciales.

Les 2 cas d'actinomycose cervico-faciale sont tous deux en traitement. Mais alors que le premier a été pris au début et est de pronostic favorable, le second vu très tard (4 ans après le début) présentait, en plus de nombreux abcès et fistules cervico-faciales, une infiltration scapulo-humérale, du trismus, et à l'examen radiographique de l'ostéite et de l'ostéo-périostite.

Les 6 cas de mycétome du pied (pied de Madura) permettent de se rendre compte de tous les stades évolutifs de l'affection. En effet, ils vont de la simple lésion circonscrite et bien limitée à l'atteinte osseuse.

Tous ces malades vivaient dans des conditions hygiéniques insuffisantes, travaillant aux champs, chaussés de maigres espadrilles ou pieds nus, ce qui explique la possibilité d'une porte d'entrée traumatique : piqûres d'épines, de clous, éclats de bois, etc... Peu apparente, d'évolution lente, la maladie est bien tolérée au début et passe parfois même inaperçue. La lésion initiale est rapidement guérie et c'est seulement quelques mois plus tard que les malades se sont rendu compte de la formation de nodules inflammatoires qui ne tardent pas à s'abcéder et se fistuliser, laissant échapper du pus sanguinolent.

A un stade plus avancé, les tissus sous-cutanés, les muscles et les tendons, les os sont envahis et cette modification tissulaire profonde donne des déformations morphologiques, souvent considérables, de la partie atteinte.

Tous ces malades furent soumis à des examens de laboratoire (cultures anaérobies et aérobies, biopsies, etc...) cliniques et radiologiques.

Quatre de ces cas furent traités par la rœntgenthérapie (technique de Holfelder) et sont en cours de traitement, 2 autres malades ayant été déjà améliorés par les rayons X. Enfin, dans les deux derniers cas, l'un, forme cervico-faciale, ne fut pas amélioré par les doses massives de rayons X, l'autre, un mycétome du pied, fut soumis à un traite-

ment chirurgical (extirpation partielle de la partie infectée) suivi d'injections de Lugol dans les trajets fistuleux restants et associé à une irradiation aux rayons X.

G. termine en citant les travaux de P. Arata et Bakounine, de Néynoni, sur la vaccinothérapie actinomycosique et en passant rapidement sur quelques thérapeutiques préconisées en ces cas.

ROBERT CORONEL.

## *MEDICINA ESPANOLA*
### *(La Coruna)*

**L. Velasquez.** ***L'administration du salycylate de sodium comme méthode élective*** (*Medicina Espanola*, an. 2, n° 7, Mai 1939, p. 1-15). — Le traitement salicylé est généralement administré par voie gastrique et parfois par voie intra-veineuse, la voie rectale étant exceptionnelle. La thérapeutique salicylée n'agit bien que lorsque les doses administrées oscillent entre 5 et 25 *g*. Or, dans bien des cas ces doses provoquent par voie buccale des nausées, des vomissements, de la diarrhée et souvent l'ivresse salicylée. Après avoir rappelé l'action pharmacologique du salicylate et ses doses toxiques par voie digestive, V. passe à l'étude du traitement salicylé par le rectum. Sa méthode est celle de Bullrich (Buenos-Aires). La solution employée est une solution isotonique de salicylate de soude (23,20 *g*. dans 1 litre d'eau) en goutte à goutte rectal (1/2 l., L gouttes par minute, soit 2 $cm^3$). On laisse le goutte à goutte par périodes de deux heures. De cette façon, 1/2 litre égale 11 *g*. 60 de salicylate. Cette dose est bien tolérée par les malades. V. a employé cette méthode sur une très grande échelle et a obtenu d'excellents résultats.

ROBERT CORONEL.

## *THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*
### *(Chicago)*

**M. Hayman** et **M. Brody.** ***Le traitement de la schizophrénie par le cardiazol : un cas fatal avec autopsie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 112, n° 4, 28 Janvier 1939, p. 310-311). — H. et B. ont fait l'autopsie d'un malade, décédé subitement au cours de la 6e crise provoquée par le cardiazol. Cette autopsie montre, outre une congestion diffuse de tous les organes, une endocardite chronique cliniquement inapparente. H. et B. insistent sur la nécessité de vérifier minutieusement l'intégrité du système cardio-vasculaire avant d'entreprendre une cure par le cardiazol, en utilisant la radiographie et l'électrocardiographie, afin d'éviter la possibilité d'accidents de ce genre. En effet, la plupart des décès observés au cours du traitement par le cardiazol concernaient des malades atteints de cardiopathies.

R. RIVOIRE.

**B. Hewell** et **A. Mitchell.** ***Le traitement de la méningite pneumococcique par la sulfanilamide : revue de la littérature, suivie de six nouveaux cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 112, n° 11, 18 Mars 1939, p. 1033-1037). — H. et M. ont étudié la littérature récente concernant le traitement de la méningite pneumococcique par les dérivés sulfamidés, et ont trouvé au moins trente cas de guérison consécutive à cette thérapeutique. Il ne fait donc aucun doute que cette médication a amélioré considérablement le pronostic de cette affection, puisque, auparavant, la mortalité y était pratiquement de 100 pour 100. Des cas de guérison ont été rapportés à la suite du traitement par le prontosil, par la sulfanilamide et la sulfapyridine, de sorte qu'il est difficile de conclure à l'efficacité plus grande de l'un de ces médicaments.

La présence d'une infection pneumococcique générale, avec hémoculture positive, reste un facteur d'aggravation très important, la mort ayant été la terminaison malgré la sulfanilamide 7 fois sur 8.

R. RIVOIRE.

**A. Price** et **G. Myers.** ***Le traitement de la pneumonie pneumococcique par la sulfanilamide*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 112, n° 11, 18 Mars 1939, p. 1022-1027). — P. et M. ont traité par la sulfanilamide 115 cas de pneumonie pneumococcique, et ont comparé les résultats avec ceux de 40 malades traités par le sérum antipneumococcique de Felton, et de 94 n'ayant reçu aucun traitement spécifique. La mortalité fut de 15 pour 100 dans le groupe sulfanilamide, contre 30 pour 100 dans le groupe contrôlé. Dans le groupe à pneumocoques de types I, II, V, VII et VIII, la mortalité dans le groupe traité par la sulfanilamide fut de 10 pour 100, contre 27 pour 100 chez les malades traités par le sérum.

De même, parmi les malades ayant du pneumocoque dans le sang, la mortalité fut moins élevée chez ceux traités par la sulfanilamide que chez ceux traités par le sérum.

Dans 5 pour 100 des cas, une anémie hémolytique sévère s'observa, mais régressa rapidement après cessation de la thérapeutique.

R. RIVOIRE.

**S. Kitchen, E. Webb** et **W. Kupper.** ***L'influence de l'injection paludéenne sur les réactions de Wassermann et de Kahn*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. 112, n° 15, 15 Avril 1939, p. 1443-1449). — K., W. et K. ont constaté que l'inoculation de paludisme à des malades non syphilitiques déterminait l'apparition de réactions de Wassermann et de Kahn positives, dans la quasi-totalité des cas où le paludisme se développait cliniquement. Les réactions deviennent positives 3 à 4 semaines après l'inoculation. La période de réactions positives dure 3 à 4 semaines en général. Cette constatation est d'une grande importance pratique, car elle doit diminuer considérablement la valeur des tests de syphilis dans les régions d'endémie paludéenne. Elle explique peut-être aussi certaine reviviscence du Wassermann chez les paralytiques généraux impaludés.

R. RIVOIRE.

## *ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE*
### *(Chicago)*

**S.-M. Bouton.** ***Vitamine C et sénescence de l'œil*** (*Archives of internal Medicine*, t. 63, n° 5, Mai 1939, p. 930-945). — De la comparaison des taux d'excrétion et du niveau de l'acide ascorbique dans le sang durant et après le traitement, ainsi que des résultats des épreuves ophtalmoscopiques et de l'examen subjectif de la fonction visuelle, il ressort que la déficience d'acide ascorbique peut être tenue pour responsable au moins partiellement de la diminution de transparence qui accompagne la sénescence de l'œil humain et que l'administration d'acide ascorbique par la bouche à doses convenables est capable de s'opposer à ce processus, pour autant que le cristallin n'est pas primitivement impliqué dans cet état.

Le cristallin, bien que présentant une teneur nettement inférieure à la normale en acide ascorbique chez les sujets atteints de cataracte, ne semble pas pouvoir être favorablement modifié par l'administration d'acide ascorbique par voie buccale, même à très fortes doses, une fois que les altérations séniles se sont établies.

Les constatations faites indiquent également que la continuation de l'acide ascorbique ne peut rien donner de plus si une amélioration ne s'est pas manifestée au bout de deux semaines de traitement. Il est possible d'ailleurs que l'adjonction d'une des autres vitamines que l'on sait spécifiquement associées au métabolisme des milieux de l'œil se montre heureuse quand l'acide ascorbique a cessé de donner des résultats.

P.-L. MARIE.

**G. Cheney.** ***Les injections d'extrait hépatique très concentré dans le traitement de la colite ulcéreuse essentielle*** (*Archives of internal Medicine*, t. 63, n° 5, Mai 1939, p. 813-829). — On sait les déceptions multiples qu'ont données les tentatives de traitement de cette affection. L'hépatothérapie par voie buccale a été jadis essayée sans succès par Bargen. C. a employé les nouveaux extraits très concentrés dont on dispose actuellement par voie parentérale dans 8 cas typiques de colite ulcéreuse essentielle. Il a obtenu des rémissions nettes à la suite de l'injection intramusculaire d'un de ces extraits additionné de vitamine $B_1$. Les rechutes qui se sont produites à la suite de la cessation du traitement ont été arrêtées et une amélioration s'est produite quand le traitement a été repris. Les médecins qui ont suivi ces patients ont eu nettement l'impression que dans 7 cas sur 8 les rémissions ont été causées par le traitement et qu'il ne s'est pas agi d'une simple coïncidence. Le huitième malade a été insuffisamment étudié.

On ne peut en aucune façon considérer l'administration parentérale d'extrait hépatique comme un traitement curatif de la colite ulcéreuse. Il est probable que la substance contenue dans le foie qui semble exercer un effet heureux sur l'évolution de la colite ulcéreuse est une substance inconnue jusqu'ici et qu'elle n'est pas identique aux vitamines $B_1$ et $B_2$ ni à la fraction G de Colin.

P.-L. MARIE.

## *BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL*
### *(Baltimore)*

**G.-W. Thorn, R.-P. Howard, K. Emerson Jr** et **W.-M. Firor.** ***Traitement de la maladie d'Addison par l'implantation sous-cutanée de boulettes d'hormone cortico-surrénale cristallisée (acétate de désoxy-corticostérone synthétique)*** [*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 64, n° 5, Mai 1939, p. 339-365]. — Chez 6 malades âgés de 19 à 34 ans, atteints de maladie d'Addison, l'implantation sous-cutanée dans la région sous-scapulaire de petites boulettes d'hormone cortico-surrénale synthétique fut suivie d'une amélioration frappante et continue.

Les boulettes sont préparées en comprimant dans un moule la quantité voulue d'acétate de désoxycorticostérone cristallisé. La stérilisation est obtenue en dissolvant les cristaux dans l'acétone chaux, en filtrant la solution sur un filtre de Seitz et les évaporant jusqu'à siccité. La dureté des boulettes et l'insolubilité relative de l'acétate de corticostérone dans l'eau entraîne une désintégration lente et une absorption prolongée.

Les modifications apportées par ce traitement sont analogues à celles obtenues par les injections huileuses d'hormone, c'est-à-dire une balance positive du sodium et des chlorures, une augmentation des ions Na et Cl dans le plasma sanguin, une augmentation de l'excrétion rénale du potassium, une augmentation du volume du plasma, un gain de poids, une élévation de la pression sanguine et un retour à l'activité normale.

Les boulettes d'hormone retirées 110 jours après l'implantation montraient qu'elles avaient diminué de 105 *mg*. à 74,2 et de 75 à 43, ce qui donne un taux d'absorption de 0 *mg*. 28 environ par jour, correspondant à ce que l'on avait observé chez les chiens adrénalectomisés.

L'effet se prolonge plusieurs mois.

Ce procédé évite les injections quotidiennes d'hor-

mones et réalise une économie de substance d'environ 30 pour 100. Il est bon de déterminer auparavant, par des injections d'hormone en solution huileuse, la quantité d'hormone nécessaire chaque jour pour implanter un nombre de boulettes donnant la dose efficace quotidienne, par exemple 5 chez un des sujets.

ROBERT CLÉMENT.

### THE AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES
### (Fort Wayne)

**Garnett Cheney** (San Francisco). ***Vitamine $B_1$ et extrait de foie dans le traitement des diarrhées chroniques non spécifiques et des colites*** (*The american journal of digestive diseases*, t. 6, n° 3, Mai 1939, p. 161-169). — 32 malades répartis en 3 groupes, le premier de diarrhées chroniques, le second de colites muqueuses, et le troisième de colites ulcéreuses, furent traités soit par la vitamine $B_1$ seule (450 à 1.000 unités par jour, par la bouche, c'est-à-dire 1 *mg.* 1/2 à 3 *mg.* ou 2.000 à 3.000 unités en injections intra-musculaires, c'est-à-dire de 6 *mg.* 6 à 10 *mg.* deux à trois fois par semaine), soit par l'association vitamine $B_1$ et extrait hépatique.

Les 7 cas de diarrhées chroniques, d'étiologie inconnue, ont été améliorés par ce traitement. Les selles ont été réduites à 1 ou 2 par jour et moulées. Chez 6, on utilisa seulement la voie buccale et à 2 seulement on donna outre la vitamine $B_1$, de l'extrait de foie. Le septième cas n'ayant présenté aucune amélioration avec la vitamine $B_1$ et l'extrait de foie par la bouche, fut amélioré par cette thérapeutique combinée, par voie intra-musculaire.

Les 6 malades du deuxième groupe présentaient des symptômes de constipation, des douleurs abdominales, des selles muqueuses et de la fatigue. 2 furent améliorés par la thérapeutique buccale seule. Pour les autres, il fallut employer la voie parentérale pour avoir une action efficace.

Sur 11 sujets atteints de colite ulcéreuse, 10 furent définitivement améliorés par les injections de foie et de vitamine $B_1$ ; le onzième, pour lequel le diagnostic était douteux, et qui semblait sensibilisé à certains aliments, résista à ce traitement.

L'efficacité de l'extrait de foie dans la colite ulcéreuse ne semble pas due à la vitamine $B_1$ ou à la vitamine $B_2$, mais à une substance non encore identifiée existant dans l'extrait hépatique. Cette substance augmenterait la résistance à l'infection du côlon.

ROBERT CLÉMENT.

### THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES
### (Philadelphie)

**M. Wintrobe.** ***L'effet antianémique de la levure dans l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 197, n° 3, Mars 1939, p. 286-309). — On sait déjà que la levure autolysée est capable de provoquer une réponse hématopoïétique dans un tiers des cas d'anémie pernicieuse quand elle est donnée à doses convenables (45 *g.* au moins par jour), mais les données que l'on possède sont loin d'être complètes. On semble admettre, par exemple, que la levure non autolysée n'a pas d'action. On n'a pas cherché à savoir, quand la levure était inefficace, si le foie se montrait actif, etc. Aussi W. a-t-il institué sur ces points des recherches très précises.

Il a employé la levure desséchée de brasserie ou de boulangerie ou bien des extraits de ces levures dans 23 cas d'anémie pernicieuse en rechute. Il a obtenu une réponse hématopoïétique maxima chez 5 malades ayant reçu de la levure de brasserie déshydratée à la dose de 1 à 2 *g.* par jour et par kilogramme. Il a constaté une réponse submaximale chez 2 autres patients qui ultérieurement répondirent mal à l'hépatothérapie. Chez 3 malades qui répondirent également mal à l'hépatothérapie buccale, les résultats furent médiocres. Dans un seul cas l'extrait de foie donné par la bouche se montra plus actif que la levure de brasserie et, dans un cas résistant, la poudre d'estomac de porc fut un peu plus efficace que la levure.

Neuf patients, recevant 0 *g.* 30 à 0 *g.* 80 de levure par jour et par kilogramme comme dose d'entretien, sont demeurés en bon état depuis 4 à 10 mois que le traitement a été commencé.

La levure de brasserie détermina l'hématopoïèse sans avoir été mélangée préalablement avec du suc gastrique de sujets normaux. Les effets de l'administration de levure additionnée de suc gastrique normal dans 2 cas furent semblables à ceux obtenus quand on donne du foie de cette manière.

Quatre malades reçurent 200 *g.* de viande de bœuf par jour pendant 15 jours sans présenter de réponse hématopoïétique; l'un d'eux réagit très bien à l'administration ultérieure de levure. Chez un cinquième, la viande donna lieu à une réponse nette, mais celle-ci fut plus marquée ensuite avec la levure, ce qui indique la plus grande efficacité de cette dernière. La différence entre l'effet antianémique de la viande et celui de la levure de brasserie ne peut s'expliquer par la quantité différente de protéine administrée.

Une levure de boulangerie ne produisit pas d'hématopoïèse bien nette chez 6 malades dont 4 ne répondirent pas ultérieurement à l'hépatothérapie par voie buccale, mais dont 2 répondirent à la levure de brasserie.

Une réticulocytose fut obtenue chez 2 malades qui reçurent des extraits de levure par voie parentérale, mais sans qu'on observe une augmentation ultérieure significative du chiffre des hématies. On ne nota pas non plus de réponse hématopoïétique nette à la suite de l'ingestion d'extraits de levure diversement préparés.

W. ne tire pas de conclusion de ses recherches quant à la nature de la substance hématopoïétique contenue dans la levure, mais il souligne les différences qui existent entre les effets de la levure de brasserie et le « facteur extrinsèque » tel qu'il est représenté par la viande de bœuf, et, d'autre part, la similitude observée entre les effets de la levure et ceux que produisent le foie ou les extraits de foie donnés par la bouche.

P.-L. MARIE.

**E. B. Krumbhaar** et **S. W. Lippincott.** ***Le poids de la rate « normale » de l'homme aux différents âges*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. 197, n° 3, Mars 1939, p. 344-357). — K. et L. ont relevé le poids du corps et de la rate chez 4.000 sujets répartis sur 18 périodes d'âge (par demi-décades). Dans le premier groupe (2.000 cas) le décès était dû à des maladies variées, mais sans participation importante de la rate; dans le second (2.000 cas) il s'agissait de mort violente.

Dans ces deux groupes la rate atteignait un poids moyen maximum (170 *g.*) dans la période allant de 16 à 20 ans. Entre 26 et 65 ans le poids moyen de la rate ne change guère (155 à 160 *g.* pour les deux groupes). Après 65 ans il tombe notablement. Chez les sujets très âgés des poids de moins de 100 *g.* sont la règle.

Le rapport du poids de la rate à celui du corps se montre le plus élevé à la naissance et baisse continuellement tandis que la rate atteint son poids absolu maximum. A partir de 26 ans le rapport baisse légèrement, à part une élévation apparente de 50 à 65 ans.

En général, la rate des hommes pèse plus que celle des femmes, et celle des blancs plus que celle des noirs. Comme la différence entre le poids de la rate des blancs et celui de la rate des noirs se montra plus grande que la différence existant entre le poids de l'organe chez l'homme et chez la femme, le sexe semble être un facteur d'importance moindre que la couleur.

Le poids moyen pour toutes les rates d'adultes (16 ans et au-dessus) fut de 150 *g.*, de 154 *g.* pour les rates de 16 à 70 ans et de 140 *g.* pour l'ensemble des 4.000 rates.

Le poids de la rate humaine apparemment normale varie dans de très larges limites. On trouva assez souvent des poids aussi bas que 100 *g.* et aussi élevés que 250 *g.* On nota même des poids de 50 et de 400 *g.* avec des rates semblant normales.

L'analyse de la cause du décès dans le groupe des 2.000 sujets morts de maladie ne montra guère que la prédominance des maladies aiguës de l'appareil respiratoire entre 16 et 25 ans et de l'artériosclérose chez les sujets âgés. Il se peut que ces conditions aient joué un rôle dans le poids plus élevé de la rate chez les jeunes et dans le poids réduit de la rate des vieux.

P.-L. MARIE.

### ARCHIVES OF SURGERY
### (Chicago)

**R.-A. Cutting, P.-S. Parson** et **A.-M. Lands** (Washington). ***Etude de la mort après les injections massives de solutions isotoniques*** (*Archives of Surgery*, vol. 38, n° 4, Avril 1939, p. 599-616). — L'étude expérimentale montre que par la voie intraveineuse on peut, sans danger, introduire des quantités importantes de solutions isotoniques: jusqu'à 5 $cm^3$ 1 par kilogramme et par minute pour les injections de chlorure de sodium; jusqu'à 4 $cm^3$ 2 dans les mêmes conditions pour les solutions de dextrose.

Jusqu'à cette limite le mécanisme compensateur s'exerce grâce au passage du liquide dans les tissus d'où il est éliminé par les reins et l'intestin.

Au delà de ces chiffres la mort survient par décompensation cardiaque. L'hyperpression intraveineuse, très marquée amène une asystolie du cœur droit. La paralysie par anoxémie du centre respiratoire précède de peu la mort.

L'autopsie ne montre pas d'œdème cérébral, mais de l'œdème pulmonaire, un hydropéritoine et une infiltration œdémateuse rétropéritonéale. Tout disparaît en 24 heures en cas de survie. Dans le cas d'injections de solutions de dextrose, la glycémie s'élève jusqu'à 2 *g.* pour 100 $cm^3$. Les conséquences en sont plus importantes que pour le chlorure de sodium. Le dextrose est moins bien éliminé et entraîne des accidents qui peuvent aller jusqu'à la mort.

F. D'ALLAINES.

### SURGERY GYNECOLOGY and OBSTETRICS
### (Chicago)

**W. Byron-Black** (Kansas City, Missouri). ***Manifestations oculaires de l'allergie*** (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, Vol. 68, n° 2 A, 15 Février 1939, p. 406-414). — Il est connu que l'allergie joue un rôle très net en ophtalmologie. Par exemple dans la plupart des cas de catarrhe printanier survenant chez les enfants, quand survient l'âge de la puberté, des symptômes du catarrhe printanier disparaissent habituellement, en même temps qu'on observe un changement complet dans le système endocrinien de l'enfant. Malheureusement, il n'y a pas de méthode certaine de déterminer le fonctionnement de la plupart des glandes à sécrétion interne et la connaissance des troubles bio-chimiques normaux est si limitée qu'il est le plus souvent impossible d'arriver à une conclusion formelle.

Les malades allergiques s'améliorent rapidement par le traitement endocrinien.

M. GUIBÉ.

### NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

**E. Dingemanse** et **E. Laqueur.** ***A propos du dosage des hormones de l'urine de malades présentant une tumeur du testicule et surtout un chorio-épithéliome du testicule*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **83**, n° 28, 15 Juillet 1939, p. 3582-3590). — L'identité anatomique qui existe entre le chorio-épithéliome et le tissu placentaire conduit à admettre que, en cas de tumeur de ce genre, la substance œstrogène doit augmenter. De fait, on constate alors des modifications de l'hypophyse très analogues à celles qui existent dans la grossesse.

Primitivement, on ne savait pas que la plus grande partie des substances œstrogènes qui se rencontrent dans l'urine s'y trouvent sous forme estérisée, insoluble dans le benzol et on trouvait, en cas de chorio-épithéliome, un taux de 800 unités par litre, ce qui ne diffère pas sensiblement de ce qui se rencontre chez les sujets normaux.

Les recherches en ce sens ont été reprises par D. et L. d'abord sur 5 sujets présentant une tumeur testiculaire ayant les caractères d'un chorio-épithéliome. Dans 4 de ces cas, on a constaté une forte augmentation de principes œstrogènes. Chez le 5e malade, on dosa simplement l'hormone libre et le chiffre fut en conséquence modérément élevé. Chez ces malades, l'hormone mâle n'a été dosée qu'une seule fois et a été trouvée à un taux normal. En ce qui concerne l'hormone gonadotrope, elle a toujours été rencontrée, mais elle n'a pas été dosée quantitativement.

Chez 15 malades présentant une tumeur du testicule qui n'était pas un chorio-épithéliome, on a constaté que la teneur en principes œstrogènes ne dépassait qu'une seule fois 200 unités internationales par litre. De même, l'hormone mâle atteignait un taux normal et les hormones gonadotropes n'étaient que modérément augmentées.

Certains auteurs admettent qu'un certain taux d'hormones gonadotropes peut permettre de diagnostiquer la nature de la tumeur; par exemple, 500 à 1.000 unités-souris par litre indiqueraient l'existence d'un séminome, alors qu'un taux de 2.000 à 10.000 indiquerait un carcinome embryonnaire. D'après D. et L. il s'agit là de considérations plutôt spéculatives qui ne tiennent compte ni des dimensions de la tumeur, ni de son ancienneté, ni de l'extension des métastases.

P.-E. Mornardt.

### ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA (Bologne)

**M. Campana** (Bologne). ***Deux cas d'anévrysme septique*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, vol. **18**, fasc. I-II, Janvier-Février 1939, p. 131-146). — Les deux cas constituent des découvertes d'autopsie. Le premier concerne une femme de 52 ans, qui fit une septicémie à la suite d'une otite moyenne suppurée. L'anévrysme du volume d'un œuf de pigeon siège sur la crosse de l'otite, près de la carotide.

Dans le second, il s'agit d'un homme de 32 ans, diabétique connu, qui succombe à une septicémie après une plaie contuse du genou. L'anévrysme siège à la partie haute de l'aorte abdominale. Il a le volume d'un œuf de poule.

Dans les deux cas, l'examen histologique a mis en évidence les tests d'une inflammation aiguë, avec présence d'abcès dans le premier cas.

C. pense que l'infection a suivi la voie lymphatique pour atteindre la paroi artérielle.

J. Assali.

### ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Bologne)

**S. Salaris** (Milan). ***Les tumeurs bénignes de l'estomac et du duodénum (contribution clinique et anatomo-clinique)*** [*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*. t. **7**, n° 6, Novembre 1938, p. 499-536]. — Les tumeurs bénignes de l'estomac et du duodénum ne sont pas exceptionnelles et S. estime que leur diagnostic devrait être possible dans la grande majorité des cas; toutefois sur les 8 observations qu'il rapporte, le diagnostic exact n'a été fait que dans 4; il est vrai qu'il attribue ces erreurs à des circonstances fortuites n'ayant pas permis de pratiquer toutes les explorations voulues. Dans deux cas, on a noté une achylie gastrique complète, une formule sanguine typique d'anémie biermérienne et la ponction de la moelle sternale a montré une vive réaction mégaloblastique; cette association d'anémie pernicieuse et de tumeur bénigne gastrique ou duodénale a déjà été signalée et ne dépend pas d'une simple coïncidence.

Le premier cas est celui d'un homme de 62 ans ayant un fibro-myome ulcéré de la petite courbure pris pour un cancer; l'opération ne fut pas faite et le malade mourut d'anémie hémorragique. Le deuxième cas est celui d'un homme de 45 ans ayant un fibro-adénome polypoïde de la région antrale reconnu à la radiographie; l'opération a été suivie de guérison. Le troisième cas est celui d'un homme de 68 ans ayant deux fibro-adénomes pédiculés et ulcérés de la région pylorique; un état d'anémie aiguë n'a pas permis l'intervention, mais le diagnostic clinique était celui de cancer. Le quatrième cas est celui d'un homme de 38 ans présentant un fibro-adénome papillaire de la grande courbure avec un tableau d'anémie pernicieuse; la radiographie avait permis de reconnaître le caractère bénin de la tumeur; la mort survint 3 jours après l'opération par bronchopneumonie; à noter que l'autopsie révéla en plus de la tumeur gastrique une polypose duodénale. La cinquième malade était une femme de 51 ans présentant une cholécystite calculeuse, une anémie pernicieuse et un polype de la région de l'angle; ce diagnostic fait par le radiographe a été confirmé lors de la cholécystectomie par le palper de l'estomac. Les 3 derniers cas concernent des tumeurs bénignes du duodénum: l'un est celui du malade n° 4 résumé plus haut; un autre, celui d'un homme de 68 ans, mort d'hémorragies attribuées à un ulcère duodénal, mais l'examen radiologique n'avait pu être pratiqué: il s'agissait d'un polype pédiculé de la 3e portion du duodénum; le dernier cas est celui d'un homme de 50 ans présentant des signes radiologiques de polype du bulbe et ayant refusé l'opération.

Lucien Rouquès.

### ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

**T. Sessa** (Naples). ***La vitesse du courant sanguin au cours des maladies*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **19**, n° 1, Décembre 1938, p. 33-81). — Le temps minimum de circulation (déterminé par la méthode au chlorure de calcium) est toujours augmenté dans les cardiopathies, ce qui revient à dire que la vitesse du courant sanguin est diminuée; l'augmentation du temps est parallèle à la gravité de la décompensation cardiaque dont elle donne un indice numérique utile pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. Chez un malade présentant une décompensation chronique ou à rechutes, le courant sanguin est plus ou moins accéléré ou retardé suivant les degrés de la décompensation et le temps minimum oscille entre des limites assez étendues; mais il ne descend pas au-dessous d'une valeur basale, supérieure à la valeur normale et qui indique le nouvel état d'équilibre d'ailleurs instable de la mécanique circulatoire. La digitale diminue le ralentissement circulatoire, l'adrénaline a un effet moindre, l'adonis et la scille une action encore plus faible et l'ouabaïne une action nulle; la saignée accélère nettement la vitesse de circulation, les sangsues agissent moins et l'évacuation d'un hydrothorax n'a qu'un effet douteux. L'accélération du courant sanguin sous l'influence de la digitale peut servir au pronostic; lorsqu'elle est faible ou nulle, elle indique un trouble myocardique plus ou moins important; une autre épreuve fonctionnelle est constituée par les variations de la vitesse produites par l'effort: le ralentissement après l'effort est d'un mauvais pronostic, l'accélération d'un bon pronostic.

Les déterminations répétées du temps minimum ne sont pas intéressantes seulement dans les maladies du cœur; S. estime qu'elles peuvent donner des renseignements utiles sur le retentissement cardiaque et sur les effets de la thérapeutique dans l'artériosclérose avec hypertension, les anémies, les affections thyréotoxiques, dans les maladies fébriles aiguës spécialement lors de la défervescence et dans les affections pulmonaires chroniques telles que l'emphysème. La notion de la valeur basale du temps minimum peut leur être appliquée; à cette valeur basale correspond une vitesse circulatoire, la vitesse optima dont S. montre l'importance.

Lucien Rouquès.

### BOLLETTINO E MEMORIE DELLA SOCIETA PIEMONTESE DI CHIRURGIA (Turin)

**P. Chiono.** ***Lésion de l'uretère par luxation centrale de la tête du fémur, observée en A.O.I.*** (*Bollettino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia*, vol. **9**, n° **3**. Séance du 1er Avril 1939, p. 150-156). — La rupture complète de l'uretère pelvien, telle est la complication que C. a eu l'occasion d'observer et qui, semble-t-il, n'a jamais été décrite dans les fractures du cotyle avec pénétration intra-pelvienne de la tête du fémur.

Il s'agit d'un jeune indigène qui tombe d'un autocar, sur la région trochantérienne. Le diagnostic est facile. Aplatissement et ascension du trochanter, et surtout perception de la tête du fémur au toucher rectal permettent de le porter. La radiographie n'a pu être faite.

Sous anesthésie générale, on réduit par tractions dans l'axe du membre combinées à des tractions transversale à la racine de la cuisse.

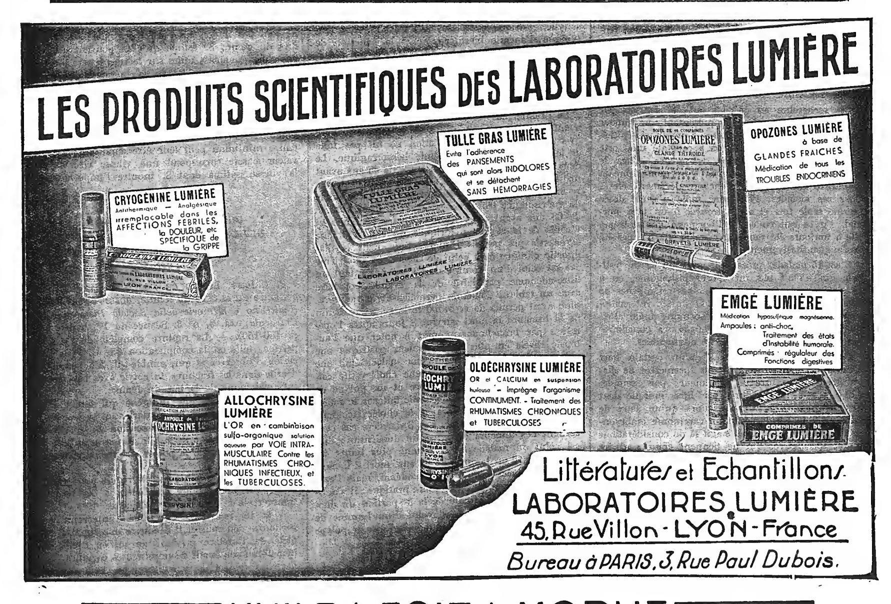
A la 48e heure C. est obligé d'intervenir pour péritonite généralisée. Il découvre une rupture complète de l'uretère pelvien, au milieu d'un vaste hématome contenant de nombreuses esquilles. Drainage au contact de la rupture, par voie sous-péritonéale grâce à une contre-incision iliaque. Drainage abdominal.

Le malade succombe le 5e jour, à la péritonite

J. Assali.

### GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

**Midana.** ***Bartholinite bilatérale due au virus de la maladie de Nicolas-Favre*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **80**, fasc. **1**, Février 1939, p. 115-122). — M. a observé une bartholinite bilatérale, à évolution subaiguë, chez une femme de 34 ans, atteinte de localisations multiples du virus de la maladie de Nicolas-Favre au voisinage de la région ano-recto-génitale : éléphantiasis de la grande lèvre, esthiomène, rétrécissement du rectum, éléphantiasis de la région péri-



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE
à base de GLANDES FRAICHES
Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique irremplaçable dans les AFFECTIONS FEBRILES, la DOULEUR, etc SPÉCIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique magnésienne.
Ampoules : anti-choc, Traitement des états d'instabilité humorale.
Comprimés : régulateur des Fonctions digestives
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT. - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS, 3, Rue Paul Dubois.

anale et des plis de l'anus, manifestations urétrales.

L'origine poroadénique des lésions de la glande de Bartholin a été démontrée par l'activité antigénique des tissus lésés.

La préexistence des lésions de poroadénite de la grande lèvre permet de supposer logiquement que le virus a atteint par continuité la glande de Bartholin.

Ce cas constitue la deuxième observation de bartholinite due au virus de Nicolas-Favre, la première étant due à de Gregorio et Murua en 1936. Il montre que les glandes de Bartholin, comme tous les autres segments de l'appareil génito-urinaire, peuvent constituer des sièges de localisation du virus de la maladie de Nicolas-Favre.

R. Burnier.

### RASSEGNA DI FISIOPATOLOGIA CLINICA E TERAPEUTICA (Bologne)

**C. Cassano** et **F. Tronchetti** (Pise). ***La maladie osseuse de Paget. Observations cliniques et recherches physio-pathologiques*** (*Rassegna di Fisiopatologia clinica e terapeutica*, an. **11**, Mars 1939, n° 3, p. 129-200). — Partant de l'hypothèse que la maladie de Paget peut être en rapport avec des troubles trophiques primitifs, C. et T. ont fait chez 9 malades une série de recherches pour explorer leurs échanges métaboliques. Ils ont mis en évidence, en dehors d'une fréquente élévation de la tension artérielle, un ensemble de troubles multiples du métabolisme: tendance à la rétention aqueuse, augmentation considérable du métabolisme basal, avec perturbation de la nutrition, de la glycorégulation, augmentation de la lipémie avec formule lipémique particulière. Ce complexe a été rapporté par eux à un trouble du mécanisme de régulation diencéphalo-hypophysaire, qu'il est difficile d'attribuer à une irritation traumatique due aux lésions osseuses de la base du crâne.

C. et T. émettent avec quelque réserve, l'idée que ce tableau de troubles du métabolisme et de troubles trophiques de l'os procéderait d'une altération primitive diencéphalo-hypophysaire, ce qui constituerait ainsi une pathogénie uniciste de tous les troubles observés. Ces troubles du métabolisme peuvent être pris comme critères dans la discrimination nosographique entre la vraie maladie de Paget et les ostéopathies qui affectent des aspects pagétoïdes. Importante bibliographie.

Pierre Aboulker.

### RIVISTA OTO-NEURO-OPHTALMOLOGICA (Bologne)

**G. Pintus.** ***Sur le mode de transmission de la surdi-mutité héréditaire*** (*Rivista oto-neuro-ophtalmologica*, Mars-Avril 1939, **17**, vol. 16, p. 105-117, 4 tableaux hors texte). — P. passe assez brièvement sur la théorie de la surdi-mutité héréditaire en insistant sur le mode de transmission. Comme contribution personnelle, il mentionne 100 familles ayant eu un ou plusieurs de leurs membres sourds-muets. Il n'y a pas, dit-il, de nette prépondérance de malades chez les premiers ou derniers fils. Pour calculer les proportions mendéliennes il s'appuie sur la modification du Just, sur la méthode des candidats de Weinberg pour laquelle il obtient une proportion de malades de 26,7 pour 100. De tout cela il conclut que la surdi-mutité héréditaire se transmet comme les caractères homogènes récessifs.

A. Cantonnet.

### NORDISK MEDICIN (Stockholm)

**Peter M. Holst.** ***Sur l'encéphalite vaccinale*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen, Nordisk Medisin*, n° 20, 20 Mai 1939, p. 1505). — Il y a eu en tout 80 cas d'encéphalite après la vaccination en Norvège. La moitié à peu près des malades sont morts. La fréquence de l'issue fatale est très variable. En Norvège on a, depuis 1933, 1 cas sur à peu près 2.500 à 4.500 vaccinations. En 1936 on n'a eu que 1 cas sur 20.500 vaccinations. Mais, en 1937, on a encore 1 cas sur 3.130, et dans la seule ville d'Oslo on a eu, en 1935, 2 cas sur 355 vaccinations. Dans la même période, de 1933 à 1939, on a eu à Oslo 2 épidémies de parotite avec 30 cas d'encéphalite, dont un seul cas mortel.

J.-H. Vogt.

**Rolf Kostmann.** ***Contribution au traitement de la « myoasthenia gravis » par la prostigmine*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen, Nordisk Medisin*, n° 20, 20 Mai 1939, p. 1515). — K. rapporte un cas de myasthénie avec des réflexions intéressantes sur le traitement. Deux ou trois gouttes d'adrénaline dans la dose habituelle de prostigmine appliquée sous la peau, augmentent la durée de l'effet de 30 pour 100. Cette augmentation est due à une action spécifique de l'adrénaline et non pas à une résorption plus lente de la prostigmine. De plus, K. affirme que l'application sous-cutanée de la prostigmine à doses appropriées est préférable à l'application orale, nasale ou rectale.

J.-H. Vogt.

### CASOPIS LEKARU CESKYCH (Prague)

**Pelnar** et **Silink.** ***Le métabolisme de la créatine dans la physiologie normale et pathologique des muscles*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, a. **78**, n° 11, 17 Mars 1939, p. 267-271). — Chez le sujet normal le métabolisme de la créatine est très stable. L'ingestion d'un excès de substances créatinogènes ne semble pas plus l'influencer que la carence des protéines alimentaires. Il se traduit par une créatinurie physiologique de 1 à 2 *g.* par vingt-quatre heures. Chez les diabétiques le taux de la créatine urinaire augmente en fonction de l'insuffisance d'utilisation des hydrates de carbone, parallèlement à l'acétonurie, mais surtout sous l'influence du travail musculaire. C'est ainsi que chez deux sujets, après un exercice inoffensif (montée réitérée d'un escalier) et au cours d'accès d'asthénie considérable, ce taux s'est élevé au-dessus de 6 *g.* par vingt-quatre heures. Le repos absolu le diminue au contraire au maximum.

Ces créatinuries importantes seraient, pour P. et S., l'expression d'une mobilisation excessive de créatine tissulaire, mobilisation automatique par effort de compensation d'une insuffisance créatinopexique temporaire. Le phosphagène musculaire jouerait un double rôle, comparable à celui du glycogène dans la cellule hépatique, et serait à la fois générateur d'énergie et élément constitutif indispensable à l'eutrophie de la cellule musculaire. Dans les états myasthéniques et les myopathies progressives, la synthèse du phosphagène est pareillement insuffisante et le seuil de fixation de la créatine se trouve abaissé. Ces anomalies résultent, pour les premiers, en partie d'une altération myo-neurale (d'où l'efficacité immédiate de la prostigmine), en partie du trouble de la fonction phosphagénique (d'où la créatinurie et l'influence favorable du glycocolle).

Les explorations chimiques ne décèlent aucune déficience quantitative du phosphagène dans le tissu musculaire. Les faits cliniques semblent démontrer que la synthèse du phosphagène, chez les myasthéniques est essentiellement troublée dans sa capacité fonctionnelle: au repos, pendant la nuit, cette synthèse s'effectue normalement, mais elle s'avère insuffisante ou trop lente au cours du travail musculaire, tout comme si des besoins importants, urgents ou répétés ne pouvaient plus être satisfaits. Dans les myopathies progressives cette fonction phosphagénique est seule troublée, mais d'une façon assez profonde pour que la production totale se trouve remarquablement diminuée et que les analyses chimiques (Maranon) puissent en fournir la preuve.

Guy Henri.

**Tesar.** ***Intoxication accidentelle par le glycosal*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, a. **78**, n° **11**, **17** Mars 1939, p. 271-275). — Bien que les constatations d'autopsie aient été pratiquement négatives, l'histoire de cette intoxication est instructive, dans la mesure où elle illustre l'importance qui s'attache, pour les médecins, à écrire très lisiblement leurs ordonnances, et, pour les pharmaciens, à ne délivrer aucun médicament dont les doses ou les conditions d'application sont susceptibles d'entraîner la mort, sans avoir pris contact avec l'auteur de l'ordonnance, de façon à éviter toute erreur. L'observation relatée concerne l'absorption massive de 75 *g.* de *glycosal* (ester glycérique de l'acide salicylique), suivie de mort au bout de six heures, avec sueurs considérables, agitation, délire, nausées, algies épisgastriques violentes, dyspnée, cyanose, acétonurie et albuminurie. Les prescriptions, en Europe centrale se formulent en latin. Le préparateur, chargé de l'exécution de l'ordonnance, avait lu « Glycosal » au lieu de « Glycosae » (de glycose). Sa responsabilité pénale et celle du pharmacien furent sanctionnées par une peine de prison (respectivement trois et quatre mois) et la responsabilité civile de ce dernier fut reconnue par le tribunal.

Guy Henri.

**Syllaba** et **Cermak.** ***Contribution à l'étude de la pathogénie du coma diabétique : acidose et indice hémorénal*** (*Casopis Lekaru Ceskych*, a. **78**, n° 13, Mars 1939, p. 313-321). — Le taux des corps cétoniques a été précisé par la méthode de Hubbard-Bierry pour les urines, et par la méthode d'Engfeld pour le sang, chez les 80 diabétiques et les 10 témoins normaux qui représentent la base clinique de cette intéressante étude. De plus, le dosage de ces corps, dans l'air expiré, a été pratiqué suivant une technique personnelle antérieurement décrite; la réserve alcaline a été systématiquement mesurée, de même que la glycémie à jeun et la glycosurie. Le coefficient *hémorénal* (rapport du taux des cétones urinaires à celui des cétones sanguines) a été calculé dans chaque cas. S. et C. aboutissent aux conclusions suivantes:

La gravité du diabète et l'imminence du coma, ne sont pas fonction de la cétonurie. Elles dépendent de la cétonémie et le pronostic est d'autant plus sombre que la disproportion est plus grande entre le taux élevé de la seconde et le taux très faible de la première. Le fait est rare, du reste, et dans la règle c'est une disproportion inverse que l'on observe. Les taux critiques seraient de 0 *g.* 90 à 1 *g.* par litre pour la cétonémie totale, et de 0 *g.* 30 environ pour l'acétone et l'acide diacétique. Les chiffres observés sont en général plus élevés chez les sujets jeunes, toutes choses étant égales par ailleurs.

Les valeurs successives de l'indice hémorénal permettent d'établir une courbe dont la forme serait particulièrement intéressante pour le pronostic. Basse dans les formes simples, elle s'élève dans les formes graves jusqu'au point critique où elle tombe, par suite d'un défaut de parallélisme qui révèle la déficience relative des fonctions rénales et l'élimination insuffisante des cétones. Malgré la suppléance partielle des poumons, la rétention des corps cétoniques, de l'acide β-oxybutyrique en particulier, que sa moindre volatilité empêche de prendre cette voie, s'accentue si bien que le coma résulte de l'incapacité dans laquelle se trouve l'organisme de les éliminer dans la mesure où leur production s'exagère.

Guy-Henri.

# REVUE DES JOURNAUX

### ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE MEDICO-CHIRURGICALE (Paris)

**Santy, Mallet-Guy** et **Croizat**. ***Documents anatomiques sur l'évolution éloignée des cholécystogastrostomies*** (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **16**, n° 6, Juin 1939, p. 697). — S., M.-G. et C. pensent que l'anastomose bilio-digestive établie chez l'homme ne se complique pas de phénomènes infectieux graves, comme cela se produit chez le chien. Il ne serait donc pas permis de condamner cette opération pour la pratique humaine, en se basant sur les résultats expérimentaux.

Par l'étude de deux observations, ils démontrent que s'il y a bien quelques réactions histologiques d'hyperplasie épithéliale et d'infiltration inflammatoire de la paroi vésiculaire, ces lésions restent en tout cas minimes et s'accordent avec les bons résultats cliniques obtenus.

Dans l'un des cas, l'anastomose a été maintenue 15 ans et elle a amené la guérison d'une pancréatite sclérosante. Au bout de ce temps elle a donné lieu à des crises douloureuses. La cholécystectomie a été faite.

Dans l'autre cas, l'anastomose avait été établie pour remplacer une cholécystostomie qui fonctionnait mal (spasme vésiculaire et du sphincter d'Oddi). Au bout de 5 ans elle a donné lieu à des phénomènes douloureux, elle a été trouvée oblitérée, une cholécystostomie temporaire a été rétablie.

Ces belles observations de chirurgie biliaire, longtemps suivies et étudiées, méritent d'être retenues.

P. Moulonguet.

### ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

**Etienne May, H. Bloch-Michel** et **A. Prin** (Paris). ***Ménopause et cardiopathies mitrales. Les accidents climatéro-cardiaques*** (*Annales d'Endocrinologie*, t. **1**, n° 3, Juillet 1939, p. 257-269). — M. B.-M. et P. insistent sur le rôle de la ménopause dans la décompensation cardiaque des affections mitrales. A l'aide de 8 observations, ils en étudient les circonstances d'apparition, à un moment quelconque de l'âge critique, et les particularités symptomatiques, parmi lesquelles ils relèvent la fréquence des accidents vasculaires: hémiplégies, acro-paresthésies, acro-syncopes.

Trois hypothèses pathogéniques sont examinées par M., B.-M. et P. pour expliquer les troubles cardiaques de la ménopause. Le rôle d'un dysfonctionnement endocrinien ne leur paraît pas nécessairement en cause. Ils ont étudié, dans une seconde conception, le rôle des conditions mécaniques qui augmentent le travail du cœur. L'hypertension artérielle ne joue pas forcément, car elle n'est pas constante. Des recherches sur la mesure de la pression veineuse, avant et après hystérectomie, n'ont pas révélé de modifications probantes. De même, il semble que la suppression ovarienne ne modifie pas notablement la masse sanguine circulante. C'est donc le déséquilibre neuro-végétatif qui contribue à créer une gêne dans le fonctionnement cardiaque, et la fréquence des accidents vaso-moteurs en témoigne. Il peut s'agir de troubles du rythme dans le sens d'une accélération, ou de l'intervention de spasmes vasculaires entraînant des phénomènes ischémiques. Peut-être aussi des troubles métaboliques interviennent, qui engendrent une véritable « myocardie » de la ménopause. Le pronostic de ces accidents est sévère. Les traitements endocriniens associés au traitement tonicardiaque paraissent peu actifs. Il serait désirable que cette thérapeutique endocrinienne fût surtout préventive.

André Varay.

### ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

**R. Pierret** et **G. Lefebvre** (Lille). ***L'hypertension artérielle chez l'enfant*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. **42**, n° 9, Septembre 1939, p. 545-558). — P. et L. attirent l'attention sur la fréquence avec laquelle l'hypertension artérielle est méconnue chez l'enfant. Ils étudient la tension artérielle physiologique aux différents âges, en préférant la méthode oscillométrique à la méthode auscultatoire. Ils ont utilisé l'appareil de Pachon, muni d'un brassard pour enfants à poche unique.

Les conditions indispensables pour incriminer l'hypertension chez l'enfant sont, d'après P. et L., les suivantes: 1° Le diagnostic doit être basé sur plusieurs examens successifs; 2° l'enfant doit être calme; 3° les chiffres obtenus doivent être supérieurs d'au moins 2 *cm.* de Hg, aux chiffres habituellement considérés comme normaux.

P. et L. étudient d'abord *l'hypertension permanente*. *L'hypertension permanente isolée* constitue une sorte de dyscrasie où les hérédo-syphilis interviendraient le plus souvent, selon Genevrier et Breuniel. P. et L. estiment, avec le professeur Nobécourt, que ces hypertensions isolées de l'enfance, qui passent généralement inaperçues, peuvent être le stade initial des fortes hypertensions observées quelquefois chez les adultes jeunes, sans qu'on en puisse saisir le point originel.

La forme la plus fréquente d'hypertension artérielle permanente, est celle des néphrites chroniques. Elle s'installe silencieusement et n'est guère reconnue que tardivement, à l'occasion d'une maladie aiguë ou d'un examen systématique, à moins qu'elle ne succède à une néphrite aiguë, passée secondairement à la chronicité. Il s'agit d'enfants de 3 à 5 ans ou plus souvent de 10 à 15 ans, pour lesquels le syndrome rénal va de l'albuminurie simple, aux formes de néphrites hydropigènes ou azotémiques les plus caractérisées. On note souvent, chez ces enfants, le retard du développement, exceptionnellement, du nanisme réel. C'est dans ces cas que le syndrome cardio-vasculaire est généralement au maximum.

Lorsque sont apparues les manifestations caractéristiques de la néphrite hypertensive, le petit malade est en danger vital, exposé à des accidents nerveux ou vasculaires très graves, et à l'azotémie ultime. Aussi est-il très important de s'efforcer de les prévenir, en dépistant d'une façon précoce l'hypertension.

Parmi les hypertensions permanentes, il convient de signaler celle qui est due à un rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte et qui est limitée à la partie supérieure du corps.

*Les hypertensions artérielles passagères ou fonctionnelles* sont multiples: hypertension passagère en rapport avec les périodes de croissance; hypertension artérielle des néphrites aiguës ou subaiguës, généralement d'origine scarlatineuse, dont le début peut être dramatique et marqué par un accès éclamptique; hypertension passagère de décompensation cardiaque: hypertension artérielle réflexe par troubles vaso-moteurs, observée chez les acrodyniques; hypertension passagère d'origine centrale; hypertension traduisant un déséquilibre endocrinien passager.

*Les hypertensions transitoires* comportent presque toujours un pronostic favorable, au contraire des hypertensions permanentes, dont le pronostic est habituellement très sombre.

G. Schreiber.

### LA MÉDECINE INFANTILE (Paris)

**Boissserie-Lacroix** et **Marcard** (Bordeaux). ***Sur la percuti-réaction*** (*La Médecine infantile*, an. **46**, n° 7, Juillet 1939, p. 258-263). — A la suite des travaux de von Pirquet établissant la valeur de la cuti-réaction, Moro, puis Hamburger, préconisèrent la réaction transcutanée ou percuti-réaction. L'originalité de cette méthode consistait à substituer à la scarification une friction prolongée de tuberculine sur la peau.

Les premiers essais, pratiqués avec un mélange de tuberculine brute et d'un excipient pâteux se montrèrent infidèles dans la proportion de 40 pour 100. Par la suite une tuberculine plus concentrée et pure fut utilisée par Bertoye. Mérieux et Brun, en 1934, avec des résultats beaucoup plus satisfaisants.

Les travaux de Mouriquand, Mlle Weill et M. Martin; de Imbert, Kohler et Jacquis; de Weill-Hallé et Chevallier; de Lesné, Radeuac et M. Lévy donnent l'égalité aux résultats de la percuti et à ceux de la cuti. B.-L. et M. ont pu faire la même constatation.

Ils ont utilisé *la néotuberculine Mérieux*. Après décapage à l'éther de la région pré-sternale, ils pratiquent une friction sur une petite surface cutanée pendant une minute. Dans les 48 heures la positivité de la réaction se manifeste par une éruption de petits éléments papulo-vésiculeux de la grosseur d'une tête d'épingle sur un fond d'érythème rosé, légèrement œdématié.

B.-L. et M. ont pratiqué 301 percuti-réactions obtenant 123 R+, 178 R—. Sur les 301 percuti, 276 ont été faites parallèlement à la cuti-réaction. Or, 276 percuti ont donné: 114 R+; 162 R— et 276 cuti de même: 114 R+; 162 R—. Les résultats sont donc identiques.

Les avantages de la percuti sont: sensibilité plus grande et apparition plus précoce que la cuti; grande simplicité d'exécution; netteté des résultats, absence de toute fausse réaction.

G. Schreiber.

### LE NOURRISSON (Paris)

**E. Lesné, Paisseau** et **Carrez** (Paris). ***Les aspects cliniques initiaux de la méningite cérébro-spinale à méningocoques du nourrisson*** (*Le Nourrisson*, an. **27**, n° 4, Juillet 1939, p. 197-211). — La connaissance des symptômes initiaux qui concourent au diagnostic de la M.C.S. du nourrisson est d'un intérêt pratique considérable, car la


5cc
CYTO-SÉRUM CORBIÈRE
MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE
INDICATIONS
LYMPHATISME_LEUCÉMIES
ASTHÉNIE POST-GRIPPALE _ NEURASTHÉNIE
BRONCHITES CHRONIQUES
EMPHYSÈME_TUBERCULOSE
CONVALESCENCES
CYTO-MANGANOL
CORBIÈRE
MÉDICATION MANGANO CALCIQUE ARSENIÉE
ARSENIC
PHOSPHORE
CALCIUM
MANGANÈSE
MAGNÉSIUM
INDICATIONS
DÉMINÉRALISATION
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
ASTHÉNIES _ SURMENAGE
AMAIGRISSEMENT
HÉMO CYTO-SÉRUM
MÉDICATION FERRO-CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE
INDICATIONS
ANÉMIES DE TOUTE ORIGINE _ CHLOROSE _ DÉNUTRITION
CONVALESCENCES _ POST-OPÉRATOIRES _ HÉMORRAGIES
CYTO-SÉRUM _ HEMO-CYTO-SÉRUM _ CYTO-MANGANOL CORBIÈRE
MODE D'EMPLOI : Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.
LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, r. Desrenaudes, PARIS

guérison de cette maladie grave est au prix d'un dépistage rapide, d'un traitement précoce devenu particulièrement efficace depuis l'emploi des sulfamidés. Dans cet article, L., P. et C. font une étude critique des symptômes initiaux de la maladie. Ils exposent, d'autre part, les multiples aspects atypiques que peut revêtir l'atteinte méningée.

Ils constatent tout d'abord que, contrairement aux données classiques, *le début* de la M.C.S. est volontiers brusque, souvent même brutal. Il en fut ainsi dans plus de 60 pour 100 de leurs 65 observations.

Les signes d'alarme les plus habituels sont l'*hyperthermie* à 39°, 40° et plus, avec agitation, insomnie tenace; des *troubles digestifs:* anorexie, vomissements, rarement diarrhée; des *convulsions* généralisées ou localisées. Le début comateux est exceptionnel.

Les signes objectifs sont discrets et d'interprétation difficile. Le *syndrome méningé* se manifeste souvent par une *tension de la fontanelle*, mais l'absence de ce signe ne saurait autoriser le rejet de la ponction lombaire.

La *raideur de la nuque* est peut-être l'élément le plus constant bien que faisant défaut dans un quart des cas. Il est d'ailleurs souvent discret et de recherche délicate. Le *signe de Kernig* est inconstant. Par contre, on doit attacher une grande valeur à la constatation d'une *hyperalgésie.* Toute pyrexie élevée et inexpliquée, s'accompagnant de ce symptôme, justifie pour L., P. et C., la ponction lombaire. La *somnolence* accompagne l'hyperalgésie dans 40 pour 100 des cas. Les *paralysies oculaires* dissociées peuvent être précoces et s'observent dans 15 pour 100 des cas. Elles atteignent de préférence la VI[e] paire.

Au syndrome méningé, rarement caractéristique, peuvent s'ajouter des manifestations cutanées (purpura, herpès), [4,3 pour 100], articulaires et synoviales (3 pour 100) ou oculaires (conjonctivite) qui relèvent d'une méningococcémie associée et éclairent le diagnostic.

L., P. et C. signalent que la croissance pondérale est rarement entravée au début de la M.C.S. Dans 73 pour 100 de leurs cas, la courbe de poids n'indiquait aucun amaigrissement au cours de la première semaine de la maladie.

Dans la plupart des cas la pénurie habituelle des symptômes, leur caractère imprécis au début de la maladie, n'autorisent aucune conclusion diagnostique ferme. D'où la nécessité, au moindre doute, de recourir à la ponction lombaire qui ne comporte aucun risque. L'écoulement d'un liquide de teinte eau de riz ou déjà purulent dictera immédiatement la conduite thérapeutique.

Les *formes frustes* sont donc habituelles au début de la M.C.S. du nourrisson. Comme telles, il convient de citer particulièrement *la forme hyperesthétique, la forme apyrétique, la forme gastro-intestinale.* A côté de ces formes symptomatiques larvées L., P. et C. signalent une *forme foudroyante d'allure comateuse ou éclamptique*, dont ils rapprochent la *forme septicémique* caractérisée par un épisode précoce, qui précède ou est contemporain de l'atteinte méningée: arthropathie, détermination viscérale, purpura infectieux.

En conclusion, L., P. et C. déclarent que ce serait une faute lourde d'attendre l'apparition de signes méningés très évidents pour pratiquer une ponction lombaire.

G. Schreiber.

**M. Péhu** (Lyon). ***La myélose érythrémique aiguë*** (*Le Nourrisson*, an. 27, n° 4, Juillet 1939, p. 230-238). — La myélose érythrémique aiguë, bien individualisée par di Guglielmo, est une maladie à marche aiguë, toujours grave, de durée brève, atteignant surtout le nourrisson et essentiellement caractérisée par une altération « cyto-évolutive » du globule rouge.

Analogue dans la série rouge, des leucémies dans la série blanche, cette maladie a surtout été observée en Italie, mais quelques cas français sont signalés dans la thèse de M[me] de Rodellec inspirée, en 1938, par Paul Chevallier. Cette thèse contient plusieurs observations d'adultes ou de malades âgés.

Les caractères cliniques de cette myélose sont les suivants: L'anémie revet d'emblée une allure grave. Elle s'accompagne d'une fièvre irrégulière, d'ordinaire nettement rémittente. Le volume de la rate est toujours fortement augmenté. Le foie est hypertrophié. L'évolution de la maladie est courte; elle ne dure généralement qu'un ou deux mois. Des manifestations hémorragiques sont assez fréquentes dans les dernières phases de la maladie: épistaxis, gingivorragies, pétéchies ou larges ecchymoses, hémorragies internes. L'issue est presque toujours fatale.

Hématologiquement la maladie se caractérise par la présence dans le sang d'un nombre plus ou moins grand d'érythroblastes pour la plupart basophiles, donc atypiques. Le nombre des hématies est toujours diminué, pouvant descendre jusqu'à 1 milion. L'anémie est en général du type hypochrome. L'anisocytose et la poïkilocytose sont fréquentes.

L'érythroblastose est souvent considérable, elle peut atteindre de 3.000 à 4.000 éléments par millimètre cube à 200.000. Les hématies nucléées se présentent avec les signes d'une maturation irrégulière, incomplète.

Contrairement à ce qu'on observe dans la série rouge, les leucocytes ne présentent que des variations minimes. Les plaquettes sanguines subissent une diminution plus ou moins marquée. Il est intéressant de signaler la présence, dans le sang périphérique, de cellules réticulo-endothéliales.

Anatomiquement, l'affection est caractérisée par l'hyperplasie primitive du tissu érythropoïétique, intéressant la moelle osseuse, le foie et la rate, avec arrêt de la maturation aux premières phases de l'évolution cellulaire et par la prolifération des éléments du système réticulo-endothélial.

C'est la moelle osseuse qui est le plus souvent lésée. La série granulocytaire est fortement réduite. L'hyperplasie des éléments de la série rouge, des érythroblastes contraste avec la pénurie des globules blancs.

Au point de vue du diagnostic, la *leucémie* présente superficiellement des similitudes, mais elle se distingue par l'augmentation marquée du nombre des leucocytes, leur structure microscopique variée.

*L'anémie « gravissime aiguë », type Brill-Lederer*, est hyperchrome et caractérisée par des signes d'une régénération sanguine intense. Elle peut guérir rapidement à la suite de transfusions sanguines contrairement à la maladie de Guglielmo.

*L'anémie pernicieuse, type Biermer* authentique est rare dans l'enfance. *Les splénomégalies du type v. Jaksch-Hayem* présentent une formule sanguine différente. La *maladie de Cooley* ne se présente nullement avec une allure aiguë, fébrile. *L'ictère grave familial du nouveau-né, maladie de Schridde-Rautmann* apparaît dans les premiers jours de l'existence et comporte un ictère prononcé précoce.

Le traitement de la myélose érythrémique aiguë se heurte à la marche inexorable de la maladie. Aucune médication n'est efficace.

G. Schreiber.

## *THE LANCET*
## *(Londres)*

**C. F. W. Illingworth.** ***L'hémorragie dans l'ictère*** (*The Lancet*, n° 6036, 6 Mai 1939, p. 1031-1035). — Le danger de l'hémorragie dans l'ictère est connu. Celle-ci se rencontre aussi bien dans les cas opérés que chez ceux qui ne le sont pas. Pendant l'opération, on ne remarque souvent aucune hémorragie et l'hémostase se fait sans difficulté. L'hémorragie survient entre le 3[e] et le 6[e] jour après l'opération. Elle se traduit par un hématome sous la cicatrice, plus rarement par une gingivorragie ou une hémorragie intestinale. On l'explique par un défaut de coagulabilité du sang, une mauvaise rétraction du caillot, une fragilité des capillaires analogue à celle que l'on voit dans le scorbut et pourtant le traitement par les vitamines C ou P est sans action.

Pour I., ces hémorragies seraient dues à une déficience de la prothrombine par défaut d'absorption de vitamines en raison de l'absence de bile dans le tube digestif. Cette déficience peut être mesurée par une méthode décrite par Quick avant et après l'opération et conjurée par l'administration de vitamine K.

André Plichet.

**Ivor Lewis.** ***L'opération de Trendelenburg dans l'embolie pulmonaire*** (*The Lancet*, n° 6036, 6 Mai 1939, p. 1037-1041). — En 1908, Trendelenburg réussit chez l'animal à enlever un caillot de l'artère pulmonaire produit expérimentalement. En 1924, Kirschner réussit cette opération chez l'homme et depuis, on ne compte dans la littérature que 11 cas pratiqués avec plus ou moins de succès.

L. vient de pratiquer cette opération, la première accomplie en Angleterre, sur une femme de 49 ans, atteinte de phlébite. Cette intervention consiste, en passant au niveau des cartilages des 2[e], 3[e] et 4[e] côtes, après avoir récliné la plèvre gauche, à ouvrir le péricarde, à mettre un garrot sur les gros vaisseaux, à inciser l'artère pulmonaire, à saisir le caillot avec une pince et à réanimer le cœur.

La malade guérit et est actuellement en bonne senté, mais les suites opératoires furent mouvementées. On observa d'abord des symptômes cérébraux dus à l'arrêt de la circulation: coma prolongé, convulsions, amaurose, surdité, troubles psychiques; puis, une seconde embolie, une péricardite suppurée traitée par le drainage et la chimiothérapie, une pleurésie hémorragique nécessitant un empyème, des escarres fessières et une paralysie des scalènes.

André Plichet.

**A. Mac Kenzie.** ***La déficience en vitamine $B_1$ dans l'anémie de l'ankylostomiase*** (*The Lancet*, n° 6038, 20 Mai 1939, p. 1143-1145). — Il s'agit de deux cas d'anémie due à l'ankylostome accompagnée d'œdèmes importants qui ont guéri rapidement par la levure de bière et de vitamine $B_1$ sous forme spécialisée, alors que le fer et un régime abondant, traitement ordinaire de cette affection vermineuse, n'avaient amené aucune amélioration.

Dans chaque cas, l'administration de vitamine $B_1$ fut suivie d'une augmentation de la diurèse, phénomène qui ne semble pas avoir été signalé jusqu'ici.

Les résultats de ce traitement montrent que cette anémie vermineuse n'est pas provoquée simplement par les pertes de sang mais aussi par la carence en vitamine $B_1$ due à la présence des vers dans l'intestin.

André Plichet.

## *LA SEMANA MEDICA*
## *(Buenos-Ayres)*

**T. Padilla** et **I. Goldberg.** ***Les constantes d'Ambard et de Van Slyke dans l'exploration fonctionnelle du rein. Etude comparative*** (*La Semana Medica*, an. 46, n° 21, 25 Mai 1939, p. 1165-1177). — P. et G. ont repris les travaux de Van Slyke et d'Ambard sur les lois numériques de la sécrétion rénale. Leurs conclusions sont les suivantes: L'indice excrétoire d'Addis, constante D/B (*D* étant le débit uréique, *B* la concentration de l'urée dans le sang), ne s'observe qu'à partir d'un certain volume des urines et persiste pour des volumes supérieurs.

Il résulte des expériences de P. et G. que ce seuil d'augmentation (Van Slyke) est compris entre

3 et 3 $cm^3$. Ces chiffres sont différents de ceux donnés par Van Slyke, mais P. et G. n'ont fait porter leurs expériences que sur trois sujets différents.

P. et G. ont soumis deux de leurs sujets à un régime sec, afin d'obtenir un volume urinaire inférieur à 0 $cm^3$ 5 par minute et ont constaté, d'accord avec les travaux de Chesley, une nette diminution de l'excrétion uréique.

Seulement dans quelques cas P. et G. ont pu vérifier la relation entre le débit uréique et le carré de la concentration de l'urée dans le sang (1re loi d'Ambard) ou entre le débit uréique et la racine carrée de la concentration uréique urinaire (2e loi d'Ambard).

Ces résultats font dire à P. et G. « qu'il faut accepter ces examens isolés avec réserve avant de conclure à une atteinte de la fonction rénale ».

Robert Coronel.

**J.-P. Garraham, J. Murtagh, E. Muzio** et **R. Latienda.** ***Les pneumopathies des débiles congénitaux*** (*La Semana Medica*, an. **46**, n° 23, 8 Juin 1939, p. 1289-1318). — G., M., Mu. et L. nous rapportent 68 cas de débiles congénitaux chez qui ils trouvèrent des pneumopathies. Chez ces déficients, ces pneumopathies s'établissent d'une façon générale dès les premiers moments de la vie. Les signes cliniques en sont généralement très discrets. Mais l'évolution est rapide et la durée de la maladie peut se prolonger quelques semaines. Malgré sa gravité, le processus peut aboutir à la guérison; la radiologie peut mettre en évidence ces lésions pulmonaires, lorsque la clinique ne peut absolument se prononcer. L'infection, qui a parfois son point de départ par suite de causes extérieures (épidémies de grippe, etc.), est très souvent prénatale ou d'origine obstétricale. L'autopsie, même quelques jours après la naissance, montre des lésions inflammatoires du poumon, dont le siège est souvent paravertébral. Microscopiquement, on note une prédominance leucocytaire mononucléaire et une dissémination des germes infectieux. G.., M., Mu. et L. terminent en donnant quelques mesures prophylactiques particulières qui s'imposent dans tous ces cas.

Voici un résumé des observations citées par G., M., Mu. et L. — 68 cas observés: Antécédents maternels, 11 syphilis; 1 endocardite; 1 éclamptique. Mortalité : 59.

Robert Coronel.

### BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL CANCER
### (Buenos-Ayres)

**A. H. Roffo.** ***Effets cancérigènes du goudron extrait du café*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, an. **15**, n° 49, Décembre 1938, Buenos-Aires p, 741-763). — On sait que l'on peut extraire du café un goudron dont les caractères physiques et chimiques sont semblables à ceux du goudron de tabac.

Ce goudron contient des hydrocarbures cancérigènes et son application sur l'oreille du lapin produit des lésions qui vont du simple papillome au carcinome. Ce fait, qui établit l'unité cancérigène de ce goudron et de celui du tabac (par suite de leur teneur en hydrocarbures) montre aussi la nécessité d'intensifier la prophylaxie anticancéreuse en diminuant l'ingestion des goudrons cancérigènes.

R. insiste cependant sur le fait que sous forme d'infusion il ne présente pas ce danger, les hydrocarbures n'étant pas hydrosolubles. R. a vérifié au spectrographe que la quantité d'hydrocarbures est minime dans l'infusion habituelle de café.

R. conclut toutefois en condamnant l'usage excessif du café.

Robert Coronel.

**A. H. Roffo.** ***Action cancérigène des dérivés phénantréniques du cholestérol*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental*, an. **15**, n° 49, Décembre 1938, Buenos-Aires, p. 837-847). — Les animaux soumis à cette expérimentation ont présenté des sarcomes et des carcinomes qui se sont développés d'une façon semblable aux lésions produites par ingestion de cholestérol oxydé ou de graisses oxydées.

R. attribue un rôle cancérigène à ce dérivé phénantrénique de la cholestérine qui présente chimiquement et spectrographiquement les caractères d'un hydrocarbure.

Ces résultats expérimentaux présentent une valeur étiologique permettant d'établir leur unité avec les résultats obtenus avec le cholestérol irradié, oxydé ou désintégré par chauffage.

Il existe dans ce processus un fait d'une grande importance pour l'interprétation de la cancérisation des tissus: c'est que le cholestérol au cours de son irradiation ou de sa distillation par pyrogénation subit une modification chimique: sa molécule se désintègre par un processus d'oxydation et il se forme un hydrocarbure cancérigène, tandis que le noyau précurseur du phénantrène est immobile.

Robert Coronel.

### CLINICA BULGARA
### (Sofia)

**Vadimir Alexieff.** ***La polychromothérapie associée des septicémies*** (*Clinica Bulgara*, vol. **11**, n° 1, 1939). — Dans cette étude, A. envisage d'abord les notions nouvelles sur la pathogénie des septicémies. Il attire l'attention sur les deux facteurs importants: 1° le rôle des foyers thromboangiitiques infectés — source des embolies microbiennes; 2° le rôle défensif des poumons, exerçant la fonction d'un filtre, arrêtant souvent la dissémination microbienne.

Pour réaliser *un traitement abortif* des septicémies, il insiste sur la nécessité d'associer les méthodes thérapeutiques ayant une *action rapide: la méthode chirurgicale, la sérothérapie* et *la chimiothérapie*. Parmi les moyens de cette dernière, il préconise *l'association des colorants* antiseptiques (du groupe d'acridine et du groupe azoïque) *à l'or colloïdal*, ce dernier étant aussi une matière colorante. De cette façon il réalise une combinaison métallopolychromatique. Introduite dans l'organisme, cette dernière est attirée et retenue à la fois dans le S.R.E. et les foyers angiitiques, où ses composants pourraient exercer une *action bactériostatique, bactériopexique* et probablement encore, une action *thrombopexique* (entiemboligène).

Il présente une préparation pharmaceutique nouvelle qu'il a nommée *la chromochrysine*. Celle-ci contient 2 pour 1.000 d'or colloïdal, 2 pour 1.000 de tripaflavine, 5 pour 100 de quinine et 5 pour 100 de gélatine. Elle présente des qualités polychromatiques et offre une fluorescence très accusée en dilutions très étendues.

Il a traité 42 cas de septicémies confirmées, par la chromochrysine administrée le plus tôt possible à la dose de 5 $cm^3$, 2 ou 3 fois par jour, par voie musculaire, associée à une autre préparation nouvelle ayant une action antitoxique, qu'il a nommée l'iodlipchine (quino-lipiodol) à la dose de 2 à 4 $cm^3$. Les résultats furent excellents dans les *septicémies simples*, où ce traitement réussit au bout de 4-5 jours. Les effets sont plus tardifs et plus difficiles dans les *septicémies vraies*, ayant provoqué des foyers de dissémination, où le traitement s'est prolongé de 10 à 20 jours et même davantage.

A. termine par un exposé des résultats obtenus sur 92 cas traités, parmi lesquels 42 avaient une hémoculture positive. Dans ces 42 septicémies confirmées il a obtenu 33 guérisons et 9 décès (21,4 pour 100 *de mortalité*).

Il note les meilleurs résultats dans la septicémie post-angineuse où sur 15 cas à infection streptococcique il a eu 14 guérisons et un seul décès (6.6 pour 100 *de mortalité*).

Il a obtenu de très bons résultats dans les septicémies traumatiques, traitées en même temps chirurgicalement: sur 16 cas, 3 décès seulement (18,7 pour 100 *de mortalité*).

Il conclut que la polychromothérapie associée au traitement quino-lipiodé exerce surtout une action *abortive* et *préventive*: elle sera donc très utile pour la thérapie de toutes les affections septiques graves.

### THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
### (Chicago)

**A. Wilson, A. Spreen, M. Cooper, F. Stevenson, G. Cullen** et **A. Mitchell.** ***La sulfapyridine dans le traitement de la pneumonie de l'enfance et du jeune âge*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 15, 15 Avril 1939, p. 1435-1439). — W., S., C., S., C. et M. ont traité 35 pneumonies infantiles par la sulfapyridine, avec de bons résultats; dans l'ensemble, la durée de la maladie fut écourtée de 3 à 4 jours, sans que des complications, dues à la drogue, aient été observées en dehors de quelques vomissements.

Le plus intéressant point de cette étude est le dosage de la sulfapyridine dans le sang, que W., S., C., S., C. et M. ont fait systématiquement à l'aide d'un colorimètre photoélectrique; ils ont constaté que la teneur du sang était très variable pour une dose donnée, et qu'il fallait un taux de 4 *mg.* par 100 $cm^3$ de sang pour obtenir de bons résultats thérapeutiques.

R. Rivoire.

**W. Palmer** et **F. Templeton.** ***L'action de la radiothérapie sur la sécrétion gastrique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 15, 15 Avril 1939, p. 1429-1434). — Peu de tentatives ont été faites pour réduire l'hyperacidité des malades atteints d'ulcère gastro-duodénaire par la radiothérapie: sans doute à cause des possibilités de lésions des organes de voisinage, dont les supérieures, sur l'animal, ont montré la fréquence. P. et T. ont cependant entrepris de traiter ainsi 88 cas d'ulcères; ils ont appliqué sur les deux tiers supérieurs de l'estomac des doses variant de 1.100 à 3.600 r., en utilisant une technique permettant de diminuer au maximum les risques d'irradiation des organes de voisinage. Ce traitement a eu une action indiscutable sur la réaction acide de l'estomac, mais les résultats obtenus ont été très irréguliers. Une achlorhydrie totale à l'histamine a cependant été observée chez 35 malades, cette achlorhydrie ayant eu une durée variant de quelques jours à quelques mois.

Les accidents observés ont été rares: nécrose localisée du foie dans un cas, diarrhée par irritation intestinale dans un autre cas.

Les résultats au point de vue de l'ulcère ont été bons dans tous les cas où l'achlorhydrie persista un certain temps.

R. Rivoire.

**N. Ingraham.** ***Complications dues au traitement arsenical chez des femmes enceintes syphilitiques : sept morts maternelles*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 16, 22 Avril 1939, p. 1537-1543). — I. s'élève, dans cet article, contre l'axiome fort répandu qui prétend que les femmes enceintes tolèrent mieux que les autres le traitement arsenical antisyphilitique. Par quelques exemples personnels, il montre que les plus graves complications de l'arsénothérapie (encéphalite hémorragique, collapsus, hépatite aiguë, dermatite exfolia-

trice, anémie aplastique) peuvent s'observer chez la femme enceinte. Etant donné que, dans ce cas particulier, il s'agit plutôt d'un traitement préventif que d'un traitement curatif, il conseille plus de prudence dans l'administration des arsénobenzènes et l'emploi plus prolongé des métaux lourds, moins dangereux, et qui donnent au point de vue de la syphilis du nouveau-né des résultats préventifs presque aussi bons que ceux dus à l'arsenic.

R. Rivoire.

**A. Harvey.** ***Le mécanisme de l'action de la quinine sur la myotonie et la myasthénie*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 16, 22 Avril 1939, p. 1562-1563). — Pour H., la myasthénie et la myotonie sont deux affections dues à des anomalies des plaques motrices terminales des nerfs : la myasthénie serait due à une hypoexcitabilité de ces terminaisons motrices intramusculaires, et la myotonie à leur hyperexcitabilité.

La quinine a une action curarisante qui diminue l'excitabilité des plaques motrices. Cette action explique pourquoi ce médicament améliore la myotonie, tandis qu'il aggrave la myasthénie. La physostigmine et le chlorure de potassium ont une action exactement inverse sur ces deux maladies parce qu'ils augmentent l'excitabilité des plaques motrices.

R. Rivoire.

**J. Greenhill** et **S. Freed.** ***Virilisme causé chez des femmes par un traitement androgénique pour troubles menstruels*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. **112**, n° 16, 22 Avril 1939, p. 1573-1574). — Dans cet intéressant article, G. et F. rapportent deux cas de virilisme survenus pendant un traitement par de fortes doses de testostérone (500 *mg.* par mois environ) : hirsutisme, hypertrophie clitoridienne, apparition d'une voix masculine, acné, obésité. Alors que dans le premier cas ces symptômes disparurent 3 mois après la cessation du traitement, il n'en fut pas de même dans le deuxième cas où, 4 mois après la fin du traitement, les symptômes persistaient. Il faut connaître ce sérieux inconvénient du propionate de testostérone, qui diminue beaucoup l'utilité du médicament dans le traitement des troubles menstruels de la femme.

R. Rivoire.

**P. Polatin, M. Friedman, M. Harris** et **W. Horwitz.** ***Fractures vertébrales déterminées par les convulsions provoquées au métrazol dans le traitement des affections psychiatriques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 17, 29 Avril 1939, p. 1684-1687). — Depuis que le traitement des psychoses par les convulsions provoquées par le cardiazol est devenu courant, les observations se multiplient de fractures diverses consécutives à cette thérapeutique. Parmi celles-ci, l'une des plus sérieuses et des plus fréquentes est la fracture des corps vertébraux. P., F., H. et H. ont radiographié systématiquement la colonne vertébrale de 51 malades ayant subi une cure de cardiazol, et ont trouvé une ou plusieurs fractures des corps vertébraux dans plus de 40 pour 100 des cas. Cette proportion est réellement impressionnante et demande à être vérifiée. Si elle est exacte, elle doit inciter de toute urgence à trouver une méthode permettant d'éliminer ou de minimiser ce danger considérable.

R. Rivoire.

**J. Graeser.** ***Le traitement inhalatoire de l'asthme bronchique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **112**, n° 13, 1er Avril 1939, p. 1223-1226). — G. a étudié l'action des inhalations de spasmolytiques sur les crises d'asthme. Ces inhalations étaient faites à l'aide d'un atomiseur spécial, donnant une excellente dispersion des liquides. Grâce à cet appareillage, il a constaté que les meilleurs résultats étaient obtenus avec une solution d'adrénaline à 1 pour 100 ou de cocaïne à 1 pour 100. Il n'a obtenu aucun résultat avec les solutions d'éphédrine à 10 pour 100 ni avec les solutions de néosynphrine à 5 pour 100.

Cette méthode semble efficace et mérite d'être essayée sur une vaste échelle.

R. Rivoire.

### THE AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY (Boston)

**W. H. Bridgers.** ***Affection vasculaire cérébrale accompagnant l'anémie à hématies falciformes*** (*The American Journal of Pathology*, t. **15**, n° 3, Mai 1939, p. 353-362). — Plusieurs auteurs ont déjà relaté des accidents vasculaires cérébraux au cours de l'anémie à hématies falciformes. B. en rapporte ici 2 nouveaux cas dans lesquels une étude anatomo-pathologique complète a permis d'élucider la pathogénie des troubles observés.

Dans ces 2 cas, dont l'un concerne une fillette de 4 ans et l'autre une négresse âgée, l'altération morphologique des hématies ne fut décelée qu'à la suite de l'apparition de symptômes révélateurs d'une affection vasculaire cérébrale. Les signes cliniques avaient conduit au diagnostic d'hémorragie intracranienne ou de thrombose cérébrale.

Les lésions constatées dans le premier des cas établissent que dans l'anémie à hématies falciformes les grosses artères cérébrales sous-arachnoïdiennes peuvent présenter une oblitération progressive avec occlusion finale totale, suivant le même processus qui aboutit à l'oblitération des artères spléniques et qui consiste en une prolifération de l'intima, et non dans une thrombose.

Dans le second cas, l'autopsie montra qu'un autre processus vasculaire, tout à fait différent de la prolifération de l'endartère, peut survenir dans l'anémie à hématies falciformes. Ce processus se déroule au niveau des petits vaisseaux intracérébraux et peut aboutir à de multiples nécroses en foyer et à des hémorragies intracérébrales, contrastant avec les gros infarctus qui caractérisent le processus d'oblitération par prolifération de l'intima des grosses artères. La nature de ce second processus reste obscure.

P.-L. Marie.

**L. Lichtenstein.** ***Lésions consécutives à l'hyperthermie thérapeutique*** (*The American Journal of Pathology*, t. **15**, n° 3, Mai 1939, p. 363-376). — L'observation de L. montre que la pyrétothérapie peut entraîner des réactions graves et même mortelles. Près de 50 morts ont déjà été signalées aux Etats-Unis. Le malade de L., un homme de 36 ans, robuste et de bonne santé, traité par la pyrétothérapie (bains et enveloppements chauds) pour une arthrite infectieuse des doigts d'étiologie indéterminée, en était à sa troisième séance quand on s'aperçut que sa température montait continuellement. Rien ne put arrêter cette ascension qui atteignit 43°. La mort survint 35 heures après l'instauration de la fièvre artificielle, accompagnée de coma et de faillite de la respiration.

A l'autopsie on trouva des hémorragies punctiformes multiples et des nécroses au niveau de la substance grise de l'écorce cérébrale, des hémorragies dans la capsule interne gauche, des thromboses dans les veinules et les capillaires de l'écorce et de la capsule interne, de la congestion cérébrale et de l'œdème, des infarctus dans les reins et dans la rate, une dégénérescence hépatique accusée, enfin de la congestion pulmonaire avec hémorragie et œdème.

L. met en parallèle ce tableau anatomique avec les lésions trouvées dans 9 autres cas mortels de pyrétothérapie. Certaines des altérations constatées dans son cas, notamment les lésions vasculaires, n'ont pas été décrites jusqu'ici, en particulier la thrombose des veinules et des capillaires cérébraux des zones atteintes, non plus que les infarctus du rein et de la rate, lesquels semblent dus à des foyers de nécrose siégeant sur les petites branches artérielles de ces viscères.

P.-L. Marie.

### BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

**L. E. Holt jr., F. X. Aylward** et **H. G. Timbers.** ***Lipémie idiopathique familiale*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 64, n° 5, Mai 1939, p. 279-312). — H., A. et T. relatent la curieuse observation d'une fillette de 11 ans, de petite taille (1 m. 26) et d'un poids de 15 pour 100 environ inférieur à sa taille, présentant un syndrome clinique composé d'hépatomégalie, splénomégalie et de lésions cutanées de deux types, psoriasiformes en certains points et ulcéreuses en d'autres. L'affection avait débuté à l'âge de 4 ans, par des ulcérations au niveau des jambes, consécutives à des vésicules et se reproduisant chaque été. Vinrent ensuite des douleurs abdominales et des vomissements.

Des nombreux examens pratiqués, les plus caractéristiques sont l'existence d'une lipémie atteignant 31 *g.* par litre, avec un cholestérol total de 3 *g.* 30, un cholestérol libre de 1 *g.* 27 et les esters du cholestérol à 2 *g.* 2. La lipémie était en majeure partie composée de graisses neutres. Les albumines sériques étaient à un taux bas (66,4), le glucose à peu près normal (80 à 99).

Des attaques périodiques de douleurs abdominales s'accompagnaient chaque fois d'une diminution des graisses sanguines, d'une augmentation de volume du foie et de la rate et d'un gonflement des veines abdominales.

Ce syndrome ne fut pas amélioré par les diverses thérapeutiques essayées, lécithines, choline, thyroxine, insuline, extrait de lobe antérieur de l'hypophyse. Un régime pauvre en graisse n'était cependant pas sans influence.

Le dosage des lipides totaux dans le sérum des autres membres de la famille montra que si le taux en était normal chez le père et un des frères, il était augmenté chez la mère (14,30 pour 1.000), chez une sœur (11) et chez l'autre frère (30 *g.*). Il s'accompagnait chez celui-ci d'une lipémie rétinienne analogue à celle de la malade et d'un foie et d'une rate palpables.

Après avoir discuté le mécanisme de cette lipémie et ses rapports avec les lipoïdoses, l'observation est considérée comme un cas de lipémie idiopathique familiale.

Robert Clément.

**F. R. Ford** et **E. L. Murphy.** ***Augmentation de la pression intra-cranienne. Analyse clinique des causes et des caractéristiques de plusieurs types*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 64, n° 6, Juin 1939, p. 369-395). — Les divers mécanismes de l'hypertension intra-cranienne sont passés en revue avec leurs caractères cliniques particuliers et quelques observations typiques en exemple.

L'augmentation de la pression intra-cranienne peut être appréciée par la mesure manométrique de la pression du liquide rachidien ou ventriculaire, mais ces recherches ne sont pas sans danger et la tension intra-cranienne est soumise à de telles fluctuations spontanées qu'une simple détermination n'a pas plus de valeur qu'une seule mesure dans l'hypertension artérielle. Ce sont encore les signes cliniques qui renseignent le mieux sur le niveau moyen de la pression intra-cranienne.

L'hydrocéphalie est la cause la plus commune de l'hypertension intra-cranienne. Elle est due à

l'obstruction des voies de circulation céphalo-rachidiennes. Si l'obstacle survient soudainement, l'augmentation de la pression est rapide et peut être fatale. Dans les autres cas, il se fait une compensation graduelle et la pression reste peu élevée.

Les tumeurs intra-craniennes sont une cause d'hypertension sans hydrocéphalie. Une néoformation à croissance lente peut atteindre de grandes dimensions sans provoquer de signes nets d'hypertension. L'aplatissement du cerveau, la diminution du liquide des ventricules, des espaces arachnoïdiens et périvasculaires, celle du sang dans les vaisseaux compensent le volume de la tumeur. Ce n'est que lorsque la compensation a atteint ses limites que se manifestent des signes de compression.

L'œdème et le gonflement cérébral forment une troisième étiologie. Ils peuvent être provoqués par un traumatisme, un ralentissement de la circulation veineuse, une intoxication et être associés à un état hypertensif.

Dans certaines hypertensions artérielles du type malin de l'adulte, il peut y avoir augmentation de la pression intra-cranienne. Le rapport entre les deux pressions est encore obscur; il est cependant douteux qu'il s'agisse d'œdème.

Dans certaines hypertensions artérielles de l'adulte de type malin, il peut y avoir augmentation de la pression intra-cranienne. Le rapport entre les deux pressions est encore obscur et il est cependant douteux qu'il s'agisse d'œdème.

La défaillance du cœur droit et les tumeurs médiastinales peuvent être une cause d'hypertension intra-cranienne, par gêne de la circulation de retour.

Enfin, lorsque la capacité cranienne est réduite, comme dans l'oxycéphalie, il peut y avoir hypertension intra-cranienne, mais seulement pendant les cinq premières années de la vie, quand le développement du cerveau est intense et se heurte aux parois rigides d'un petit crâne.

ROBERT CLÉMENT.

### THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

**K. Landsteiner** et **M. W. Chase.** ***Recherches sur la sensibilisation des animaux au moyen de composés chimiques simples. Sensibilisation du cobaye au « Rhus toxicodendron »*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 6, Juin 1939, p. 767-784). — L. et C. ont d'abord fait une série d'expériences destinées à établir le temps nécessaire du contact de l'extrait de *Rhus toxicodendron* avec la peau pour produire l'hypersensibilité et la longueur de la période de latence s'écoulant avant que l'hypersensibilité apparaisse. Ils ont vu que la sensibilisation se produit si la zone cutanée traitée par cet agent est extirpée au delà des 8 à 12 heures qui suivent l'application de l'extrait.

Mais ils se sont surtout préoccupés de savoir comment la peau tout entière devient hypersensible à la suite de l'application de l'extrait en un point restreint, et de préciser en particulier si cette sensibilisation s'effectue par la voie épidermique.

Deux méthodes furent employées pour interrompre la continuité de la peau: 1° en sectionnant à la fois la peau et le muscle peaucier sous-jacent (*panniculus carnosus*); 2° en enlevant un lambeau de peau de telle sorte que le muscle peaucier soit épargné. Ces méthodes aboutirent à des résultats différents quand on appliqua l'extrait de *Rhus* sur les îlots cutanés ainsi isolés. Dans le premier cas la sensibilisation le plus souvent ne se produisit pas, tandis qu'avec la seconde méthode l'hypersensibilité généralisée s'établit presque toujours.

L. et C. expliquent le premier résultat par l'interruption des vaisseaux lymphatiques placés à la surface de la couche musculaire, ce qui indique la nécessité d'un libre passage de la lymphe. Par ailleurs, ces expériences prouvent que la sensibilisation générale ne dépend pas du respect de l'intégrité de la peau autour de la zone traitée.

L. et C. ont également constaté un certain degré d'empêchement de la sensibilisation grâce à des incisions s'étendant au delà du muscle peaucier lorsqu'ils ont recherché la sensibilisation anaphylactique au moyen d'antigènes albumineux (sérum de cheval), surtout si l'on emploie des quantités d'antigènes suffisamment petites.

P.-L. MARIE.

**A. Blalock, S. E. Levy** et **R. D. Cressman.** ***Hypertension expérimentale. Effets de l'ischémie rénale unilatérale combinée avec l'ischémie intestinale sur la pression artérielle*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **69**, n° 6, Juin 1939, p. 833-846). — L'occlusion complète du tronc cœliaque et des artères mésentériques supérieure et inférieure chez le chien ne détermine pas d'hypertension; cependant chez une moitié des animaux la pression demeure un peu au-dessus du niveau initial. Si l'on provoque une ischémie rénale *unilatérale* chez de tels animaux au moyen de pinces à pression ménagée de Goldblatt, on constate la production d'une hypertension artérielle élevée et très prolongée chez la majorité des animaux. La cause de cette hypertension demeure obscure. On ne peut que faire des hypothèses. La section bilatérale sus-diaphragmatique des splanchniques ne modifie pas cette hypertension. Signalons simplement que l'un des chiens présenta de telles lésions de la paroi de l'aorte ascendante à la suite de l'application de la pince sur la seconde artère rénale, ménagée jusque-là, qu'une rupture du gros vaisseau s'ensuivit.

P.-L. MARIE.

### AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

**Rose Ketteringham** et **Bruce Austin.** ***Hyperglycémie provoquée au cours de l'accouchement*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **37**, n° 6, Juin 1939, p. 1000-1008). — Au Maternity Hospital de Cleveland, il est courant d'injecter, en cas d'accouchement prolongé, dans la veine une solution glucosée à 10 pour 100. K. et A. ont eu l'idée de voir ce que devenait ce sucre et ils ont constaté une hyperglycémie maternelle (4 à 5 *g.*) et fœtale (1,92 à 2,67). Chez la mère, le taux normal est regagné 4 heures après l'accouchement. Chez l'enfant, le taux baisse progressivement et finit en hypoglycémie (0,45 dans un cas).

Ces recherches ont semblé intéressantes à K. et A. pour soigner les enfants de femmes diabétiques. Ils conseillent, dans les premières heures de la vie, des prises de sang fréquentes pour microdosages et, en cas d'hypoglycémie, une injection sous-cutanée de sérum glucosé (10 $cm^3$ à 10 pour 100 par kilo). La nourriture *per os* sera commencée très rapidement. Quel que soit leur poids, ces enfants seront traités comme des prématurés.

HENRI VIGNES.

**Martin M. Shir.** ***Diabète et grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. **37**, n° 6, Juin 1939, p. 1032-1035). — Si l'insuline a rendu moins grave l'association diabète et grossesse, elle a l'inconvénient de rendre possible la fécondation en cas de diabète grave et, aussi, l'inconvénient de donner une fausse sécurité au médecin.

28 cas (dont 22 graves) sans décès maternel, grâce à la collaboration étroite du spécialiste et de l'accoucheur qui, à lui seul, n'est pas capable de résoudre certains problèmes: lutte contre l'acidose et le coma, les vomissements, discrimination de la glycosurie rénale, adaptation de l'alimentation aux besoins du fœtus. S. ne croit pas aux données classiques sur la suppléance du placenta maternel déficient par le placenta fœtal. Les doses d'insuline doivent être augmentées au fur et à mesure de la grossesse.

4 mort-nés: dans 2 des cas, le diagnostic du diabète maternel fut fait seulement après la naissance; dans 1 cas, la mort est imputable à la désobéissance de la femme; dans 1 dernier cas, le décès fut lié à une dystocie par gros enfant. La surveillance de la grossesse, si elle est minutieuse et éclairée, permet de réduire les morts *in utero*. 6 nouveau-nés pesaient plus de 9 livres anglaises (4.077 *g.*), Les nouveau-nés ont, souvent, de l'hyperinsulinisme.

Il ne faut pas abuser de la césarienne (deux cas dans la série: une pour disproportion entre la tête et le bassin et une pour mort habituelle du fœtus). L'accouchement doit être surveillé par l'accoucheur et par le spécialiste. La morphine est préférable aux barbituriques. L'anesthésie locale est le procédé de choix.

Quatre fois on a pratiqué un avortement thérapeutique.

HENRI VIGNES.

### ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

**Golder L. Mc Whorter.** ***Dilatation congénitale des voies biliaires et pancréatiques. Anastomose hépatico-duodénale bien tolérée pendant 13 ans*** (*Archives of Surgery*, vol. **38**, n° 3, Mars 1939, p. 397-411, 4 fig.). — Le titre de l'article indique l'intérêt de la question puisque l'anastomose du tube digestif avec les voies biliaires a été tolérée sans accident pendant 13 ans, la malade étant morte de diabète avec sclérose rénale au bout de ce temps. La radiographie avait montré le passage large de la substance opaque dans les voies biliaires qui étaient restées très dilatées et pourtant malgré cette dilatation des voies biliaires et ce passage large, aucun accident infectieux ne s'était produit.

Parmi les points intéressants de cette observation signalons ce fait que la dilatation atteignait non seulement les canaux biliaires mais aussi les canaux pancréatiques, ce qui est un cas tout à fait exceptionnel. Comme conséquence l'étude histologique du pancréas a montré une atrophie, des acinics glandulaires et une dégénérescence des îlots de Langerhans.

Le traitement de la distension congénitale des voies biliaires est tout particulièrement difficile et le seul traitement qui soit à envisager c'est l'anastomose de la poche distendue avec le tube digestif combinée ou non avec une résection de la poche biliaire. Tous les autres traitements proposés visant au drainage de cette poche biliaire sont très médiocres et celui-ci, au contraire, est susceptible d'un bon résultat, comme on le voit par cette observation.

F. D'ALLAINES.

**Alice R. Bernheim** et **John H. Garlock** (New-York). ***La parathyroïdectomie dans le traitement de la maladie de Raynaud et de la sclérodermie*** (*Archives of Surgery*, vol. **38**, n° 3, Mars 1939, p. 543-555). — Voici les conclusions de 17 cas de maladie de Raynaud ou de sclérodermie traités par la parathyroïdectomie. Aucun résultat n'a été observé sur l'évolution de la maladie de Raynaud. Dans les cas de sclérodermie, au contraire, la parathyroïdectomie semble être une bonne opération qui permet dans une certaine mesure de stabiliser la maladie et même d'obtenir des progrès à condition que l'opération soit faite assez tôt avant la période de rétraction profonde, articulaire ou tendineuse.

Il semble bien que le résultat ne suit pas immédiatement l'opération, en tous cas, la parathyroïdectomie s'est montrée innocente et dans aucun cas on n'a observé d'incident de tétanie.

F. D'ALLAINES.



VICHY ETAT
VICHY






VICHY
ETAT

**B. Karl Rossum** et **F. J. Kemp** (Plymouth). ***Embolie pulmonaire mortelle*** (*Archives of Surgery*, vol. 38, n° 5, Mai 1939, p. 853-863). — Sur 1.781 morts l'autopsie a confirmé 24 fois le diagnostic d'embolie pulmonaire.

Les facteurs étiologiques de l'embolie post-opératoire sont confirmés. Entre 40 et 60 ans, prédominance dans le sexe féminin; après les interventions abdominales ou pelviennes, surtout les sujets gros présentant une affection cardiaque, avec une tension artérielle normale ou basse.

Huit fois l'embolie fatale fut précédée d'une embolie prémonitoire dans un délai de 3 heures à 40 jours. L'embolie post-opératoire survient généralement vers le 16e jour, l'embolie post-traumatique dans les 40 premiers jours. 15 morts subites sur ces 24 cas. Neuf autres ont survécu de 8 minutes à 24 heures, donnant le temps de pratiquer une embolectomie si les conditions l'avaient rendue possible.

L'autopsie a montré une embolie du tronc ou des branches de division de l'artère pulmonaire. Aucun traitement préventif ne paraît pouvoir être efficace.

F. d'Allaines.

### SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS
### (Chicago)

**Cl. C. Franseen, Ch. C. Simmons** et **A. Mc Lean** (Boston). ***Le dosage de la phosphatase dans le diagnostic différentiel des lésions osseuses*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 68, n° 6, Juin 1939, p. 1038-1047). — Chez l'adulte normal, le taux de la phosphatase sanguine varie entre 0,12 et 0,2 unités Kay par $cm^3$ de plasma, en moyenne 0,16. Toutefois, on peut considérer le taux comme normal jusqu'à 0,26.

Dans l'ostéite déformante, le taux va de la normale dans les lésions monostatiques au repos jusqu'à 30 ou 40 fois le taux normal dans les lésions polystatiques. Ce taux est en rapport avec l'activité et l'étendue du processus.

Dans l'hyperparathyroïdisme, avec lésions osseuses, la phosphatase sanguine est toujours élevée (de 1 1/4 à 16 fois le taux normal). Etant due non aux lésions parathyroïdiennes mais à l'activité des ostéoblastes dans les lésions, elle ne diminue pas immédiatement après l'ablation de l'adénome parathyroïdien. Un sujet atteint d'hyperparathyroïdisme sans lésions osseuses a un taux de phosphatase normal.

Dans le myélome, les lésions étant purement destructives, il n'y a pas d'élévation du taux de la phosphatase, même en présence de lésions multiples. Si ce taux est élevé, il convient de douter du diagnostic et de penser plutôt à des métastases cancéreuses, à de l'hyperparathyroïdisme ou à du lymphome osseux plutôt qu'à du myélome.

En cas de métastases cancéreuses, il y a élévation du taux de la phosphatase, mais cette élévation est très faible en cas de lésions uniques et ne prend d'importance que dans les métastases multiples. Ce taux varie d'ailleurs avec les formes des métastases, peu élevé dans les formes ostéolytiques, considérable dans les formes ostéoplastiques.

Dans les tumeurs bénignes des os (ostéomes, chondromes, ostéochondromes) où il n'y a pas de formation d'os, le taux reste normal, mais il s'élève en cas de dégénérescence maligne avec apparition d'activité ostéoblastique.

Il en est de même pour les tumeurs à cellules géantes et pour les tumeurs d'Ewing.

Dans le sarcome ostéogénique, au contraire, le taux est toujours très élevé, pouvant aller jusqu'à 20 fois le taux normal: cela dépend de l'étendue et de l'activité ostéoblastique des lésions. Après amputation, le taux revient à la normale en 15 jours environ. Il remonte dès que se produisent des métastases, même latentes. Cependant, les métastases pulmonaires faisant peu d'ostéogénèse élèvent peu le taux de la phosphatase.

En résumé, l'augmentation du taux de la phosphatase sanguine est due à l'activité intracellulaire des ostéoblastes. Ce taux, en cas de lésion osseuse, correspond rigoureusement au taux que permet de prévoir l'étude macro- et microscopique de l'activité ostéoblastique dans les lésions.

Il y a lieu, cependant, de faire des réserves en cas d'ictère latent ou apparent ou d'hépatite toxique, coïncidant avec des lésions osseuses, particulièrement en cas de métastases cancéreuses, l'ictère étant fréquemment associé avec une élévation du taux de la phosphatase d'origine non ostéoblastique. Toutefois, l'existence de métastases cancéreuses multiples dans le foie ne produit pas toujours une élévation de ce taux; il faut qu'elles provoquent une obstruction biliaire, même minime et incapable de provoquer un ictère cliniquement appréciable.

M. Guibé.

### ORVOSI HETILAP
### (Budapest)

**L. Hazay** et **I. Szanto**. ***Recherches avec la prolactine*** (*Orvosi Hetilap*, n° 10, 11 Mars 1939, p. 228-231). — Dans ces recherches H. et S. ont essayé d'obtenir, par la méthode de Lyons et Catchpole et par celle de Riddle, Bates et Dykshorn, l'hormone active de la lactation du lobe antérieur de l'hypophyse. Ils ont examiné ensuite cette substance dans les différents troubles de la lactation.

A l'appui de ces investigations H. et S. ont été à même d'affirmer l'existence de la prolactine dans le lobe antérieur de l'hypophyse. A l'aide de ces deux extraits, et dans les cas normaux, ils pouvaient obtenir régulièrement une sécrétion lactique très abondante. Par contre, chez les sujets ayant une hypogalactie provenant des seins mal développés, ils ne pouvaient obtenir par cette hormone un effet favorable. Dans les cas où la lactation a diminué à la suite d'une cause psychique, la prolactine a toujours gardé une influence très nette sur celle-ci.

A. Blazso.

**J. Kucharik** et **A. Telbisz**. ***Le rôle des dérivés d'oxydation dans le mécanisme de l'effet de l'ypérite*** (*Orvosi Hetilap*, n° 30, 29 Juillet 1939, p. 734-738). — Marshall et Williams ont observé que parmi les dérivés d'oxydation de l'ypérite, le dichlor-diaéthyl-sulfone a le même effet que l'ypérite seule, tandis que le dichlor-diaéthyl-sulfoxide n'a qu'une action irritative faible. Ces auteurs concluent que la cause de l'action de l'ypérite et de son dérivé *sulfone* est l'acide chlorhydrique, produit au cours de l'hydrolyse de ces deux substances.

K. et T. ont analysé plus minutieusement l'action des dérivés d'oxydation de l'ypérite, surtout le temps du développement de cette action. Dans ces recherches ils peuvent prouver que : 1° le dichlor-diaéthyl-sulfoxyde à 2 pour 100 n'a aucun effet ni par voie percutanée, ni intracutanée; 2° une solution équimoléculaire de dichlor-diaéthyl-sulfone est plus active que l'ypérite pure; 3° l'action du dichlor-diaéthyl-sulfone est prompte tandis que l'effet de l'ypérite ne se manifeste qu'après un certain temps d'incubation.

K. et T. concluent, enfin, que ces recherches n'admettent pas la théorie de l'effet prédominant de l'acide chlorhydrique dans l'action de l'ypérite, mais démontrent que celle-ci se développe au cours de l'oxydation du dichlor-diaéthyl-sulfone de cette substance.

A. Blazso.

**J. Vitéz Ambrus** et **A. Réthy**. ***Age et anaphylaxie*** (*Orvosi Hetilap*, n° 30, 29 Juillet 1939, p. 740-742). — Dans un récent travail A. et R. ont observé qu'il est difficile de sensibiliser les jeunes lapins contre les bacilles tuberculeux tués, tandis que la réaction anaphylactique des individus âgés est très accentuée. Ces recherches ont démontré, qu'il y a une corrélation entre l'aptitude aux chocs et le développement de l'organisme.

A la base de ces recherches, A. et R. ont examiné, si l'antigène administré dans les premiers jours de la vie des lapins peut sensibiliser ces sujets, et le degré du développement de l'organisme dans lequel une anaphylaxie nette peut être obtenue. Ils ont observé que chez les lapins, c'est seulement après le 41e-55e jour de la vie qu'il est possible de provoquer une réelle réaction anaphylactique. Se basant sur les nombreuses observations cliniques et sur les résultats de ces expériences, A. et R. concluent qu'il serait plus convenable de vacciner les nourrissons au BCG dans la période du développement, alors que l'organisme est déjà adapté à la réaction de l'antigène-anticorps. Bien entendu à cet âge, cette vaccination se fait par voie intra- et sous-cutanée.

A. Blazso.

**F. Petrovich**. ***L'expérience de trois ans dans la choc-thérapie de la schizophrénie*** (*Orvosi Hetilap*, t. 83, n° 31, 5 Août 1939, p. 761-765). — Dans la critique des résultats de thérapeutique de la schizophrénie il faut séparer la rémission au cours du traitement, ou peu après cette intervention et la guérison observée et suivie pendant des années.

Les observations de P. sur 171 malades, traités et suivis pendant 3 mois, donnent les résultats suivants :

Le pourcentage de la guérison complète obtenue par la cardiazol-choc-thérapie, au cours de 3 ans, s'est abaissé à 14 pour 100. Le nombre des malades *pratiquement guéris* a été de 19,9 pour 100. Ces chiffres sont plus faibles que ceux des rémissions spontanées observées dans leur institut (26 pour 100). En cas de récidive l'état des malades, une fois déjà traités par cette intervention, ne peut être influencé que très rarement. La durée des rémissions spontanées est plus longue que les rémissions obtenues par la cardiazol-choc-thérapie.

Si on considère encore que parallèlement à la choc-thérapie, les troubles nerveux ainsi que les maladies du système osseux sont assez fréquents, il faut constater que la choc-thérapie n'est pas la vraie médication de la schizophrénie.

A. Blazso.

**O. Kerpel-Fronius** et **A. Fekete**. ***La corrélation entre le manque d'eau de l'organisme et le métabolisme de l'hydrate de carbone*** (*Orvosi Hetilap*, t. 83, n° 33, 19 Août 1939, p. 812-813). — K.-F. et F. ont examiné l'effet du manque d'eau sur le métabolisme du sucre. Selon la méhode de *Cori*, ils ont enregistré la quantité du sucre introduit dans l'organisme, la quantité du sucre résorbé, la durée des recherches et le taux absolu de glycogène du foie. Ils ont également établi très minutieusement la nourriture quotidienne des animaux.

Ils ont trouvé, qu'au cours de cet état, la résorption intestinale du sucre diminue et cette diminution de la résorption des hydrates de carbone est parallèle au degré du manque d'eau.

Au cours de cet état le taux absolu de glycogène des cellules du foie ne diminue pas.

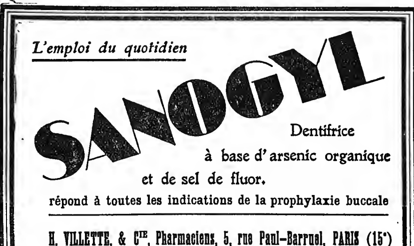
A. Blazso.

### MEDICINA INFANTILE
### (Rome)

**F. Ferraro** (Milan). ***Premières observations sur 106 enfants vaccinés au moyen de l'anatuberculine Petragnani*** (*Medicina infantile*, an. 10, n° 6, Juin 1939, p. 157-178). — A la suite des études originales entreprises, en 1926, par Petragnani, sur l'anatuberculine et des applications cliniques faites, en 1930, par Salvioli, la vaccinoprophylaxie antituberculeuse s'est conformée à la conception scientifique formulée en premier, en Italie, par Maragliano, conception selon laquelle les bacil-



ANÉMIE – HÉMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE
1 à 3 AMPOULES BUVABLES de
GASTRHÉMA
MÉTHODE DE CASTLE - Extrait hydrosoluble d'Antre Pylorique de Porc
10 gr. d'extrait = 600 gr. d'estomac frais.
Echantillons sur demande de GASTRHÉMA FRENASMA NÉOSULFA
Le GASTRHÉMA est admis par les Assurances Sociales et l'Assistance Publique
Laboratoire du GASTRHÉMA, NEUILLY SUR-EURE (Orne).

L'emploi du quotidien
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor,
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. VILLETTE, & Cie, Pharmaciens, 5, rue Paul-Barruel, PARIS (15e)

les tués, qui constituent le matériel vaccinant, possèdent des propriétés allergisantes et immunisantes.

Petragnani avait réussi à préparer une « anatuberculine » qui, inoculée à une certaine dose, produit un foyer vaccinant localisé, à évolution bénigne, susceptible d'allergiser l'organisme et d'exercer une action hypersensibilisante et vaccinante. Cette anatuberculine intégrale, injectée par voie intradermique, suivant la technique de Salvioli, à des sujets dont l'état allergique négatif était préalablement vérifié, a produit constamment une réaction nodulaire locale, plus ou moins intense, sans donner lieu, en général, à des réactions fébriles et sans retentissement ganglionnaire de voisinage.

Les nodules vaccinaux ont persisté de 3 à 9 mois. Dans un petit nombre de cas, ils se sont ulcérés, en produisant un liquide séro-purulent et en donnant lieu ultérieurement à une petite cicatrice pigmentaire. F. a noté chez un enfant un érysipèle venant compliquer la réaction locale, et chez un autre un œdème aigu du bras.

Dans 59,2 pour 100 des cas l'état allergique a disparu, à la suite de la vaccination, au bout d'un délai de 1 à 9 mois (limite de la période d'observation).

La réactivation du foyer vaccinal a été fréquemment constatée à la suite de l'inoculation d'une anatuberculine de diagnostic ou de l'ancienne tuberculine de Koch.

L'accroissement pondéral des nourrissons vaccinés a été analogue à celui des enfants non vaccinés de même catégorie. Cependant F. a relevé une morbidité de 65,2 pour 100 pour ces nourrissons, entre le premier et le douzième mois de leur existence et une mortalité de 20,9 pour 100, due dans la majorité des cas à des maladies de l'appareil respiratoire. Ces chiffres, d'après F., sont très voisins de ceux relevés les années précédentes pour les nourrissons non vaccinés admis à l'Institut provincial de protection et d'assistance infantile de Milan. Aucun des nourrissons vaccinés à la naissance et tenu éloigné de tout contact familial n'aurait d'ailleurs présenté de lésion tuberculeuse suspecte. Dans un cas seulement la mort a pu être attribuée à une broncho-pneumonie tuberculeuse. Il s'agissait d'un enfant qui avait été en contact avec sa mère tuberculeuse.

F. attribue donc la morbidité et la mortalité élevées de ces nourrissons à des causes étrangères à l'anatuberculine. Il considère que celle-ci est dénuée de toute toxicité et qu'elle est bien tolérée, même par des prématurés et des dystrophiques.

G. Schreiber.

### *ACTA MEDICA SCANDINAVICA*
### *(Stockholm)*

**E. Jonsson.** ***Recherches sur les arthrites et les cardites expérimentales. Valeur pathogénique des facteurs endocriniens dans le rhumatisme articulaire*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **100**, 1939, p. 122). — On a invoqué maintes fois des facteurs endocriniens à l'origine du rhumatisme articulaire; mais, si l'on passe en revue les publications, on voit combien diffèrent les opinions exposées. Aussi J. a-t-il repris la question expérimentalement.

Il a cherché à voir si les arthrites diverses obtenues par injection intra-articulaire de sérum étranger chez des lapins sensibilisés, de tuberculine chez des animaux préalablement rendus tuberculeux, de streptocoques et de diplocoques polymorphes, présentaient des caractères différents chez les animaux normaux et chez ceux qui ont subi la castration, prise comme type de trouble endocrinien.

Des très méticuleuses recherches de J. il ressort que les facteurs endocriniens mis en jeu par la castration, s'ils semblent intervenir dans la pathogénie de certaines formes de rhumatisme articulaire, ne jouent qu'un rôle effacé, tout au plus dans le sens d'une condition prédisposante. Ces recherches montrent encore combien il faut être prudent dans l'interprétation des lésions cardiaques observées chez le lapin. On rencontre, en effet, souvent chez lui des infiltrats cellulaires spontanés qui pourraient être pris pour des lésions rhumatismales.

P.-L. Marie.

**J. Forssell.** ***Modifications morphologiques du sang et de la moelle osseuse dans les anémies aiguës hémorragiques*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **101**, 1939, p. 240). — Chez les *sujets normaux*, on trouve 4 fois plus de réticulocytes dans la moelle osseuse que dans le sang. Le rapport entre la somme des réticulocytes des groupes I et II (normoblastes et réticulocytes à structure filamenteuse compacte) et celle des groupes III et IV (réticulocytes à substance filamenteuse en réseau délicat ou en granules dispersés) est dans la moelle de 1 : 2,5 et dans le sang de 1 : 9.

*Peu après les hémorragies aiguës*, le taux des réticulocytes augmente dans la moelle et l'on note une déviation à gauche de la formule réticulocytaire (augmentation des formes appartenant aux groupes I et II) tant dans le sang que dans la moelle.

Lors des hémorragies considérables on trouve, en général, le diamètre moyen des hématies diminué et l'anisocytose augmentée. Les valeurs du volume moyen des hématies demeurent à peu près les mêmes. L'anisocytose la plus accusée s'observe dans les anémies les plus graves. On nota une diminution de la valeur globulaire et de l'indice de saturation (rapport entre l'hémoglobine pour 100 et le volume globulaire pour 100) en première ligne dans les anémies graves.

Dans la moelle osseuse, dans de rares cas, F. a pu constater, en rapport avec le nombre des leucocytes, des chiffres élevés d'érythroblastes et d'érythroblastes en mitose. On ne trouve pas un chiffre plus élevé d'érythroblastes dans les anémies graves que dans les anémies légères. Dans plusieurs cas, les hémorragies aboutirent à une déviation à gauche de la formule granulocytaire de la moelle et à la production d'une neutrophilie médullaire. Ces modifications, de même que les changements de la formule leucocytaire sanguine, sont très passagères.

*En dehors de toute thérapeutique*, pendant la première ou la seconde semaine qui suit l'hémorragie, on ne constate pas d'ordinaire de régénération spontanée satisfaisante. L'acmé de la réticulocytose spontanée se voit en général entre le 5e et le 8e jour suivant la cessation de l'hémorragie. Le plus souvent les valeurs de diamètre moyen des hématies et l'indice de saturation se montrèrent bas ou subnormaux après la période de régénération spontanée; par contre, chez certains sujets on trouva des chiffres normaux ou même supérieurs à la normale. Pendant la régénération spontanée, le nombre des érythroblastes de la moelle se montra presque toujours accru par rapport à celui des leucocytes, mais cette augmentation n'avait aucun rapport défini avec les améliorations des valeurs du sang ni avec le degré de l'anémie.

*Durant l'hépatothérapie parentérale*, on put observer dans une partie des cas une augmentation frappante des hématies du sang, avec une légère réticulocytose et une faible déviation à gauche de la formule réticulocytaire, une diminution de l'anisocytose et des chiffres bas pour le diamètre moyen des hématies, la valeur globulaire et l'indice de saturation. Du côté de la moelle, rien ne permit de savoir comment l'hépatothérapie avait agi.

*Durant l'arsénothérapie* (cure de Ziemssen à l'arséniate de soude) on nota dans le sang une légère réticulocytose, sans augmentation du chiffre des hématies et sans modification du diamètre moyen, de la valeur globulaire et de l'indice de saturation. Dans la moelle, l'arsenic stimula la prolifération des érythroblastes.

*Durant le traitement martial* (fer minéral), le rythme de la régénération s'accéléra, l'accumulation de l'hémoglobine dans les hématies étant surtout favorisée. Dans le sang comme dans la moelle, le fer provoqua une forte réticulocytose. Le diamètre moyen des hématies augmenta ainsi que la charge hémoglobinique; l'anisocytose s'accentua beaucoup. Dans la moelle, on observa une forte prolifération des érythroblastes, et surtout de nombreux érythroblastes en mitose. F. a pu voir alors que certaines modifications que l'on rencontre dans l'anémie pernicieuse (mégaloblastes, mégalocytes, forte anisocytose) ne sont pas aussi spécifiques de cette affection qu'on le pense.

La présence d'hématies nucléées dans le sang, dans ces anémies aiguës, a paru en rapport étroit avec le degré de l'anémie, mais indépendante de l'intensité de la régénération.

Par ailleurs, F. a pu constater que, dans la première moitié de la grossesse, le myélogramme ne diffère pas de la normale.

P.-L. Marie.

**F. Sundelin.** ***Lymphocytopénie et fièvre*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **99**, n° 6, 26 Avril 1939, p. 563-576). — Au cours du traitement des arthropathies rhumatismales par les sels d'or, S. a observé une lymphocytopénie accentuée, apparaissant quelques heures après l'injection, associée à un malaise profond, à une fièvre élevée, et durant quelques heures.

Pour tâcher d'élucider la cause de ce phénomène, S. a provoqué de la fièvre par des moyens variés (vaccins divers, protéines, soufre, inoculation du paludisme, enveloppements chauds, etc.) chez 50 patients atteints de maladies non infectieuses, telles que sciatiques rebelles, arthrites chroniques, etc.

Les résultats furent le plus nets avec le vaccin colibacillaire et le Dmelcos : en même temps que la fièvre s'élève, le chiffre des lymphocytes tombe rapidement, la chute atteignant jusqu'à 1/15 de la valeur initiale; puis il remonte avec le retour de la température à la normale. L'injection d'adrénaline peut arrêter passagèrement la chute des lymphocytaires. L'aspirine reste inefficace.

Des injections de protéines (ovalbumine, sérum) ne provoquèrent pas de fièvre ni de baisse des lymphocytes. Avec le soufre, la fièvre et la baisse lymphocytaire se produisirent tardivement et les lymphocytes diminuèrent moins qu'avec les vaccins.

Dans les états fébriles spontanés ordinaires (inoculation paludéenne, septicémie), S. a pu noter une baisse des lymphocytes, mais dont les maxima sont inverses de ceux de la fièvre. Ses constatations sur ce point sont trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions.

Ces recherches soulèvent bien des questions, en particulier touchant l'origine des lymphocytes et leur rôle, ainsi que le mécanisme nerveux central régularisant la composition morphologique et chimique du sang.

P.-L. Marie.

**H. N. Dekkers** (Amsterdam). ***Le sort des globules rouges transfusés*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **99**, n° 6, 26 Avril 1939, p. 587-613). — D. indique une méthode qui permet de déceler les hématies du donneur au moyen d'une épreuve d'agglutination différentielle directe utilisant des sérums de lapins immunisés envers les hétéro-agglutinogènes M et N et débarrassés des agglutinines non spécifiques par absorption. Les donneurs ont été choisis de façon à ce que leurs hématies contiennent un facteur, M ou N, que les hématies du receveur ne renferment point, donneur et receveur appartenant par ailleurs au même groupe d'iso-agglutination.

Tout en faisant des réserves sur la valeur de ces recherches faites sur un nombre trop restreint de

sujets (32), D. se croit fondé à émettre les conclusions suivantes :

1° La méthode décrite convient bien pour suivre le sort des hématies transfusées.

2° Les hématies transfusées ont pu être suivies pendant un temps considérable. Elles disparaissent graduellement de la circulation du receveur au bout de nombreuses semaines.

3° Dans les cas où l'on transfusa 500 $cm^3$ de sang et où l'on pouvait éliminer tout facteur défavorable agissant du côté du receveur, la durée moyenne pendant laquelle les hématies du donneur furent décelables dans le sang du receveur alla de 54 à 75 jours.

4° Cette durée sembla influencée par les facteurs suivants: durée normale d'existence des hématies humaines; quantité de sang transfusée; propriétés spéciales du receveur (une influence défavorable nette fut notée chez un patient atteint d'ictère hémolytique).

5° On ne constata aucun effet de sensibilisation chez les patients ayant reçu de 3 à 5 transfusions d'un sang contenant un hétéro-facteur différent (M ou N).

6° Dans le traitement des états graves d'anémie aiguë ou chronique, la transfusion s'est montrée de beaucoup supérieure à l'injection d'autres liquides. La transfusion est véritablement une thérapeutique de substitution.

7° Bien que le temps de survie des hématies n'ait pu être exactement déterminé avec cette technique, on peut dire qu'il est bien plus long que ce qu'on admettait jusque-là; il peut atteindre 3 mois ou davantage.

P.-L. Marie.

**H. Myhre.** ***Agranulocytose consécutive à l'usage de la sulfamide*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 99, n° 6. 26 avril 1939, p. 614-620). — Chez une femme de 53 ans, atteinte de colibacillose urinaire non compliquée et traitée par le prontosil blanc (19 *g.* en 22 jours), M. a vu survenir une agranulocytose (2.200 leucocytes dont 2 p. 100 seulement de polynucléaires), sans angine, mais accompagnée de fièvre et d'un exanthème papulo-vésiculeux. On cessa aussitôt le médicament; la fièvre tomba et la guérison survint. Les polynucléaires à noyau segmenté et à noyau compact, qui avaient complètement disparu de la moelle sternale, y réapparurent en plus grand nombre que normalement, tandis que la formule d'Arneth du sang montrait encore une déviation à gauche. A noter aussi, dans ce cas, la présence d'un grand nombre d'hématies à ponctuations basophiles semblables à celles du saturnisme (3.200 par million d'hématies tout d'abord, 200 par million au bout de 4 semaines et 50 par million au bout de 8 semaines).

M. a pu rassembler 25 autres cas d'agranulocytose due à des produits sulfamidés, et il met en garde contre l'usage prolongé de ces préparations. A son avis, elles ne doivent pas être utilisées pendant plus de 7 à 10 jours de suite. Si une seconde série de traitement est nécessaire, il faut surveiller soigneusement l'état du sang, surtout si la température tend à monter. Les injections d'extraits hépatiques actifs sont particulièrement indiquées dans ces agranulocytoses.

P.-L. Marie.

### *SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT*
### *(Bâle)*

**Stefan Jellinek.** ***Critique de la thérapeutique par ondes courtes d'après les constatations histologiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 8, 25 Février 1939, p. 165-170). — Le développement de l'emploi thérapeutique de la haute fréquence oblige, d'après J., à se livrer à une étude critique de cette importante question. Il y a tout d'abord lieu de se demander quels sont les résultats qui ont été obtenus par les méthodes anciennes d'électrisation grâce auxquelles on aurait réalisé notamment des réanimations, non cependant sans courir quelques risques. Le mode d'action de l'électricité est très diversement conçu. En tout cas, personne ne parle de l'effet calorifique. A ce point de vue, la thérapeutique par les ondes courtes est très supérieure car elle produit un effet thermique déjà en quelques secondes et l'énergie ainsi emmagasinée par l'organisme est considérable. La thérapeutique par les ondes courtes se distingue également par la simplicité de l'application, mais la posologie est difficile à déterminer, ce qui constitue un danger. De plus, le champ irradié n'est pas homogène.

La question de l'action thérapeutique sélective des ondes courtes est très discutée. On sait d'ailleurs que la forme de l'onde électrique est importante au point de vue de la douleur éprouvée. Ce qui est très particulier, en ce qui concerne les ondes courtes, c'est la localisation du dépôt de calories qui se fait dans la profondeur des viscères sans intéresser les couches superficielles.

D'autre part, les lésions constatées en cas d'accidents dus à l'électricté affectent des formes géométriques qui ne se retrouvent dans aucune autre espèce de lésions. Des constatations analogues sont faites après incisions au bistouri électrique ou, chez les animaux, après application d'ondes courtes. Dans tous ces cas, on constate une morphologie géométrique très particulière caractérisée par une discontinuité rythmique ou par des dispositions en forme de champs électriques. L'action thermique n'intervient généralement pas.

P.-E. Morhardt.

**Th. Baumann.** ***La signification du type bovin pour la tuberculose de l'enfance*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 69, n° 11, 18 Mars 1939, p. 233-241). — B. a réuni toutes les recherches parues jusqu'en 1937 sur le diagnostic du type de la tuberculose. Ces recherches montrent que la tuberculose bovine est beaucoup plus fréquente chez l'enfant (16 pour 100) que chez l'adulte (3,3 pour 100).

La porte d'entrée pour l'infection bovine est constituée par le tube digestif et le véhicule par le lait. Beaucoup d'observations montrent que le lait cru joue à cet égard un rôle particulier. Par contre, le beurre et le fromage n'ont pas grande signification. L'infection aérogène serait exceptionnelle.

Les statistiques montrent que la fréquence de la tuberculose bovine varie avec les pays et qu'elle est au maximum là où le lait cru est consommé en plus grande quantité, comme, par exemple, en Ecosse, par rapport à l'Angleterre ou encore dans les contrées rurales par rapport aux villes.

La tuberculose des viscères abdominaux relève en moyenne 40 fois sur 100 du bacille bovin. B. admet que là où le complexe primaire est fréquemment intestinal, l'infection bovine est relativement fréquente. Inversement, quand le complexe primaire n'est qu'exceptionnellement abdominal, le type bovin est rare.

En ce qui concerne la méningite tuberculeuse, elle est en moyenne 11,5 fois sur 100 d'origine bovine. Les proportions ont varié suivant les auteurs et les pays, de 3,4 (Canada) à 86 pour 100 (régions rurales du Danemark). La tuberculose des ganglions cervicaux est, elle aussi, chez les enfants, très souvent d'origine bovine. Dans 30 pour 100 des cas il s'agit d'une tuberculose primitive par déglutition de produits contaminés. Dans la tuberculose des os ou des articulations, la fréquence du type bovin serait un peu moindre (21 pour 100). Elle est encore moindre dans la tuberculose des poumons et des ganglions bronchiques, soit 4,5 pour 100, chiffre qui diffère peu de celui de 3,1 pour 100 observé chez les adultes. La proportion est, au contraire, très élevée dans la tuberculose de la peau et des muqueuses. L'ensemble des recherches faites donne une proportion de 26,5 pour 100 pour les enfants contre 18,6 pour 100 pour les adultes.

Au point de vue pouvoir pathogénique, il ne semble pas qu'il y ait grande différence entre les deux types de bacille. Une réinfection chez un sujet tuberculisé par le type bovin peut être due à l'une ou à l'autre des deux espèces de bacille. En Suisse, la mortalité par tuberculose s'est élevée de 1933 à 1937 à 1.426 cas chez les sujets âgés de 14 ans au plus. Sur ce nombre il faut compter 8 pour 100 de décès dus au type bovin, soit 120 cas. Les décès par tuberculose survenus chez les adultes se sont élevés à 18.862 dont 400 seraient dus au type bovin.

Tandis que la lutte contre la tuberculose du type humain paraît se heurter maintenant à une limite plus ou moins infranchissable, par contre, la lutte contre le type bovin n'en est qu'à ses débuts et doit être poursuivie énergiquement. Pour cela, il faut faire de la propagande contre la consommation du lait cru. D'ailleurs, le lait de vache cuit est plus facile à digérer pour le nourrisson et le petit enfant que le lait de vache cru. En somme, la tuberculose bovine constitue un danger spécialement pour l'enfant.

P.-E. Morhardt.

### *LIJECNICKI VJESNIK*
### *(Zagreb)*

**J. Glavan.** ***Le syndrome de Adie*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 5, Mai 1939, p. 284-287). — Le neurologiste anglais, W. J. Adie, décrivit, en 1932, un syndrome qui consiste en une pupillotonie (« Tonis pupils ») et une absence de réflexes tendineux. Le syndrome de Adie est d'étiologie inconnue, mais il se développe chez des personnes au système neurovégétatif labile. Les malades, la plupart du sexe féminin, se portent d'habitude bien; le syndrome est découvert le plus souvent par hasard. Le pronostic de la maladie est bénin (Adie : « benign disorder »), le traitement est inutile, mais on peut essayer une thérapeutique symptomatique (le tartrate d'ergotamine associé ou non à la belladone, la vitamine $B_1$ ou la strychnine). G. relate le cas d'une femme de 26 ans, mariée depuis quelques mois, à hérédité très lourde (le père est syphilitique, la mère schizophrénique). Ses pupilles réagissent très lentement à la convergence; l'absence des réflexes patellaires et des tendons d'Achille est complète. Les réactions sérologiques dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien sont négatives. G. est porté à croire que dans ce cas le syndrome de Adie est en relation avec l'hérédo-dégénérescence du système nerveux de la malade.

Lazare Stanoyévitch.

**A. Sokcic.** ***L'ablation des amygdales et ses complications à la clinique oto-rhino-laryngologique de Zagreb*** (*Lijecnicki Vjesnik*, n° 6, Juin 1939, p. 344-350). — A la clinique pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles de l'Université de Zagreb on a pratiqué, entre 1930 et 1938, en tout 5.732 ablations des amygdales, soit dans 42,5 pour 100 des cas de toutes les interventions faites dans le service. Les indications de l'ablation ont été les suivantes : dans 50 pour 100 des cas des angines récidivantes; dans 49 pour 100 des cas une infection focale et, dans 1 pour 100 des cas, toute autre indication. La complication la plus fréquente de l'ablation est l'hémorragie (133 cas), ensuite viennent : l'élévation de la température (26 cas) sans autres signes cliniques, les complications pulmonaires (11 cas). 9 récidives de rhumatisme chronique, 11 cas d'otite aiguë, 3 cas de scarlatine, etc. La mortalité a été presque nulle, puisque seulement un malade opéré est mort par suite d'un abcès du poumon.

Lazare Stanoyévitch.